Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr. 19. 10. maja 1936 Rok XV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE.

Prof. Dr. Marjan GIESZCZYKIEWICZ. Kraków.

Zagadnienie wojny bakteryjnej.

Zagadnienie wojny bakteryjnej jest o tyle trudniejsze do przedstawienia od innych tematów zwykle w czasopismach lekarskich omawianych, że opiera się ono na bardzo szczupłym materjale faktycznym, a więcej na domysłach i przewidywaniach. Historja wojny bakteryjnej jest bardzo krótka, sam temat jest raczej zagadnieniem przyszłości.

Wojna chemiczna, problem podobny, ma za sobą przeszłość krótką wprawdzie, lecz jakże zasobną w fakty! Od pamiętnej daty 22 kwietnia 1915 r., kiedy Niemcy zastosowali pod Ypres po raz pierwszy chlor w celach bojowych, jakżeż szybko toczyły się dzieje wojny gazowej i jak ważną odegrała ona rolę!

Tymczasem co się tyczy chorób bakteryjnych, to na dobrą sprawę nie wiemy napewne, czy ten rodzaj broni był w rzeczywistości stosowany, czy też czeka dopiero na urzeczywistnienie.

Przed dwoma laty pojawił się w Pol. Gaz. Lek. zajmujący artykuł Dr. Flecka (1), w którym autor starał się wykazać, że często wielkie odkrycia, zanim dojdą do realizacji, istnieją w stanie tak zwanej preidei. *Mutatis mutandis* wydaje mi się, że wojna bakteryjna znajduje się właśnie obecnie w stadjum preidei, która czeka dopiero na realizację.

Preidea ta jest jednak bardzo dawna, dawniejsza niż sama bakterjologia. Spotykamy się z nią bowiem już u Mickiewicza. Któż z nas nie zna wspaniałej Alpuhary, gdzie pobity w orężnej walce Almanzor ratuje sytuację tą właśnie bronią.

Jeżeli sięgniemy jednak do historji, to już w zamierzchłej przeszłości zdarzały się wypadki wrzucania zwłok ludzi zmarłych na choroby zakaźne do studzien, celem zatrucia wody. Proceder ten miały uprawiać według Lusztiga (2) także oddziały baszybożuków w czasie wojny krymskiej. Były to jednak próby nieuświadomione i często szkodliwe dla własnej armji.

W dziejach świadomego stosowania choroby zakaźnej w celach bojowych pierwszy tego rodzaju projekt odnajdujemy w korespondencji angielskiego generała Amhersta, gubernatora Nowej Szkocji z pułkownikiem Bouquet'em z r. 1763 (3). Amherst poddawał tam swojemu podwładnemu myśl rozpowszechnienia ospy wśród plemion czerwonoskórych. Bouquet zastanawiał się nad szczegółami tego zadania, proponując użycie zakażonych koców. Czy plan ten został zrealizowany, czy nie, nie wiemy. Że ospa wśród Indjan była, to wiadomo, lecz czy pochodziła ona z koców Amhersta i Bouquet'a, czy też szerzyła się niezależnie od ich projektów, tego rozstrzygnąć nie umiemy.

Od czasu tego wiele lat minęło, nim ponownie wyłoniła się sprawa zastosowania zarazków chorobotwórczych do celów wojennych. Z kwestją tą spotykamy się właściwie dopiero w wieku XX-tym w czasie wielkiej wojny światowej. Dokumentów mających świadczyć o stosowaniu chorób bakteryjnych w tym okresie znamy niewiele, a przynajmniej połowa z nich nie zasługuje na wiarę, gdyż noszą one cechę domysłów nieuzasadnionych, lub też opierają się na mylnej interpretacji poczynionych spostrzeżeń. Wymienimy je w porządku chronologicznym:

Gdy w r. 1915 wybuchła cholera latem w Galicji, szerzyła się ona w dwóch pułkach rosyjskich bez porównania groźniej, niż w innych oddziałach. Fakt ten nasunął tamtejszym wojskowym władzom sanitarnym podejrzenie, że epidemja była następstwem szerzenia zarazków przez nieprzyjaciela. Dowodów jednak na to nie uzyskano, a sam fakt, że pewne oddziały były więcej dotknięte niż inne, nie wyklucza naturalnego sposobu szerzenia się choroby (cytowane według Owczarewicza (4)).

Więcej przekonywującą jest następująca sprawa: Bezpośrednio przed przystąpieniem Rumunji do wojny w sierpniu 1916 r. wysłał niemiecki konsul w Brassó do niem. attaché wojskowego w Bukareszcie walizę dyplomatyczną jako przesyłkę bezwzględnie tajną. Zanim doszła ona do rąk adresata, nastąpiło zerwanie stosunków dyplomatycznych między Niemcami a Rumunją, zastępstwo Niemiec w Rumunji objęły chwilowo Stany Zjednoczone Amer. Półn., których przedstawiciel polecił walizę ową zakopać w ogrodzie. Dowiedział się jednak o niej prefekt policji w Bukareszcie i postarał się, by walizę odkopano i zrewidowano. Znaleziono w niej obok środków wybuchowych ampułki zawierające zjadliwe hodowle pałeczek nosacizny i laseczek wąglika, jak wykazały badania bakterjologiczne przeprowadzone w zakładzie prof. Babesa. Do ampułek dodana była kartka, na której wypisane były na maszynie następujące objaśnienia w języku niemieckim: „W załączeniu 1 ampułka dla koni, 4 dla bydła rogatego. Użyć według umowy. Każda ampułka wystarczy na 100 sztuk. Najlepiej szczepić wprost w pyski, w razie niemożności zmieszać z pożywieniem. Proszę zawiadomić w krótkości o wynikach". (Cyt. według Romieu (5) i innych). Na szczęście realizację tego planu udaremniono.

W r. 1917 w marcu został aresztowany we Francji, jak podaje główna kwatera francuska, wysłannik niemiecki, przy którym znaleziono ampułki, zawierające żywą hodowlę nosacizny i pędzelek. Miał on nim wcierać zarazki te w nozdrza koni armji francuskiej, a w razie niemożności wlewać do paszy. Po kilku miesiącach stwierdzono ponownie analogiczny wypadek, o czem donosi głównodowodzący armji rozkazem z dnia 6. VI. 1917. Sartory (6) miał w ręku tego rodzaju hodowlę i pędzelki. Wzmianki o szerzeniu nosacizny przez wysłanników armji niemieckiej na froncie włoskim spotykamy u Ferreti'ego (7), to samo utrzymuje Sasz co do Siedmiogrodu.

W rozkazie armji niemieckiej z 16. III. 1917 znaleziono wzmiankę: „studzien nie zatruwać". Z brzmienia tego rozkazu wywnioskowano, że w innych warunkach studnie jednak zatruwano. W związku z tem pozostaje odezwa prefekta dep. Meuse, który obwinia Niemców o rozsiewanie zarazków chorobotwórczych. (Cyt. według Blummenthala (8)).

Czytamy w jednem ze sprawozdań Stanów Zjednoczonych Am. Płn., że tamtejszy minister sprawiedliwości oświadczył, iż niejaki kapitan Sternberg przybyły z Niemiec przywiózł ze sobą zarazki tężca, celem zakażania koni, przeznaczonych do wysyłki na front zachodnio-europejski. Zarazki zginęły jednak w drodze i zamiar do skutku nie doszedł. W czasie wojny zauważono w Ameryce częste przypadki tężca u ludzi, którzy przylepiali sobie t. zw. angielskie plasterki na skaleczenia. Badania bakterjologiczne wykazały obecność zarodników tężca w masie pokrywającej plasterki, pozatem stwierdzono, że plasterki te przybyły do Ameryki z Niemiec. (Cyt. według Owczarewicza (4)).

Niewszystkie tego rodzaju doniesienia zasługują na wiarę. Z pewną ostrożnością należy oceniać rozkaz kwatermistrzostwa Armji Półn. i Płn.-wsch. z 30. X. 1918 (9). Czytamy tam: „donoszą nam, że nieprzyjaciel pozostawił w pewnych miejscowościach drewniane pudełka zaopatrzone w napis: *Vorsicht — Infektiöses Material*". Każdy bakterjolog, który korzystał z niemieckiego materjału laboratoryjnego, wie, że każde naczynko, służące do przesyłki materjału do badań bakterjologicznych lub serologicznych posiada taki napis. Prawdopodobnie nie wiedział o tem autor powyższego rozkazu, który zapewne nie zadał sobie trudu sprawdzenia, co owe naczynka zawierały, lecz z wrodzoną Francuzom domyślnością pisze dalej: „Pudełka te zawierają rurki wypełnione kulturami nader szkodliwych mikrobów. Otwieranie ich jest połączone z wielkiem niebezpieczeństwem. Proszę o wydanie zarządzenia, by wszystkie tego rodzaju pudełka lub rurki zostały niezwłocznie bez uprzedniego otwierania przekazane do laboratorjum Armji". Prawdopodobnie jednak nic szczególnego w naczynkach tych nie wykazano, gdyż historja milczy o losach tych poszukiwań.

Curiosum stanowi pogląd, że pandemja grypy w r. 1918 była dziełem bakterjologów niemieckich, o którym wspomina Ferreti (7). Kto studjował skomplikowaną epidemiologię grypy, kto zna próby doświadczalnego odtwarzania tej choroby zakaźnej, może tylko żałować, że autor tego poglądu, tak naiwnie wyobraża sobie możliwość wywołania pandemii grypy, gdy nawet czynnik etjologiczny tej sprawy chorobowej nie został dokładnie określony.

Tak przedstawiają się nieliczne dokumenty historyczne dotyczące wojny bakteryjnej. Oskarżenia kierują się, jak widzimy, wyłącznie ku Niemcom. Brak jakichkolwiek dokumentów obwi-

niających państwa sprzymierzone. Niemcy wogóle przeczą oskarżeniom i twierdzą, że wojna bakteryjna jest utopją. Bardzo rzadko tylko spotyka się w ich piśmiennictwie tak nieostrożne zdania, jak często cytowany ustęp z artykułu kpt. Meyera w *Volkszeitung* z 11. II. 1921: „Ten naród odniesie zwycięstwo, który potrafi odnaleźć najzjadliwsze bakterje do rozpowszechniania wśród nieprzyjaciół i najskuteczniejszą szczepionkę do obrony własnej. 50 wysłanników wystarczyłoby do zakażenia kraju tak wielkiego jak Niemcy“ (cyt. według Romieu (5)).

Jeżeli odrzucimy podejrzenia nieuzasadnione, można wyrobić sobie na zasadzie przytoczonego powyżej materjału historycznego pogląd, że próbowano stosować oręż bakteryjny w czasie wielkiej wojny, lecz próby te były nieśmiałe, prowadzone na małą skalę i prawie wyłącznie w celu szerzenia chorób zakaźnych zwierzęcych, chorobotwórczych jednak dla człowieka. Odnosi się wrażenie, że czynniki miarodajne wojskowe zapatrywały się na broń tę raczej nieżyczliwie, pobłażały pewnym próbom na małą skalę, lecz do nich nie zachęcały i w skuteczność tej broni nie wierzyły.

Czy będzie taksamo w przyszłej wojnie?

Należy stwierdzić, że o ile przed r. 1914 o możliwości wojny bakteryjnej nikt nie myślał, to obecnie przedmiot ten jest poważnie omawiany nietylko w piśmiennictwie wojskowem i lekarskiem, lecz w gazetach codziennych, że zajmowały się nim międzynarodowe komisje rzeczoznawców, a także Liga Narodów. Jakkolwiek we wszystkich artykułach przebija raczej nuta sceptycyzmu, to jednak nie można zaręczyć, czy instytucje wojskowe nie przygotowują gdzieś w najgłębszej tajemnicy urzeczywistnienia wojny bakteryjnej w bliższej lub dalszej przyszłości.

Wielką sensację wywołało wystąpienie Wickhama Steed'a (10) głośnego angielskiego dziennikarza, który w lipcu 1934 ogłosił rewelacyjny artykuł, dotyczący wojny bakteryjnej. Autor podaje, że udało mu się zdobyć tajne dokumenty o przygotowaniach do wojny bakteryjnej w Niemczech. W Min. Reichswehr'y — twierdzi Steed — istnieją wydziały obrony przeciwlotniczo-gazowej i ataku lotniczo-gazowego *(für Luft-Gas-Verteidigung* i *Luft-Gas-Angriff).* Ten ostatni wydział przeprowadza badania na wielką skalę nad możliwościami wojny bakteryjnej. W szczególności przeprowadzano próby nad rozpylaniem zarazków w obrębie tunelów kolejek podziemnych i to zarówno w Niemczech jak we Francji i w Anglji. Steed'owi przedłożono dokument pisany samemi skrótami, który on tłumaczy w sposób zajmujący, choć nieco dowolny, jako protokół doświadczeń, przeprowadzonych w paryskiej *„Metropolitaine“.* Według tłumaczenia Steed'a wysłannicy niemieccy rozpylili na placu Zgody dużą ilość, wynoszącą około 210 biljonów bakteryj hodowli *bact. prodigiosum,* a zatem saprofitycznego gatunku bakteryj barwnych, łatwych do wykrycia, a niewystępujących zazwyczaj w powietrzu. W 6 godzin później przeprowadzono badania bakterjologiczne powietrza na poszczególnych stacjach linji „Metro“ krzyżujących się na placu Zgody. Równolegle z badaniami bakterjologicznemi określano kierunek i szybkość wiatrów. Zależnie od kierunków prądów powietrznych uzyskano na niektórych stacjach wielką, na innych nieznaczną ilość kolonij. Gdzieniegdzie *bact. prodigiosum* nie wyrastało wcale. Badanie, którego protokół wpadł w ręce Steed'a, wykonano w dniu 18. VIII. 1933. Bakterje szerzyły się najsilniej w kierunku południowym, największą ich ilość stwierdzono na najbliższej od placu Zgody stacji koło Izby Poselskiej, bo aż 1,124.781 kolonij. Na placu Republiki znaleziono 4.231 kolonij, przy Bramie Wersalskiej 6.738 kolonij, przy Bramie Maillot tylko 658 kolonij.

Po publikacji Steed'a posypały się zaprzeczenia ze strony Niemiec, kipiące oburzeniem. Już we wrześniu tegoż roku ukazał się artykuł znanego niemieckiego epidemjologa, prof. Jürgensa (11) pod znamiennym tytułem: *„Die bakteriologische Waffe als Mittel zur Völkerverhetzung und für anderen Unfug“.* W artykule tym Jürgens nietylko przeczy temu wszystkiemu, co Steed napisał, ale dowodzi na zasadzie danych z epidemjologji, że rozpowszechnienie zarazków nie doprowadziłoby wogóle do wybuchu epidemji, a co najwyżej pojawiłyby się sporadyczne wypadki zachorowań, gdyż do wywołania epidemji nie wystarczy sam zarazek, lecz konieczne jest współdziałanie innych jeszcze czynników.

Jeżeli spróbujemy ocenić artykuł Steed'a *sine ira et studio,* to musimy dojść do wniosku, że najprawdopodobniej albo autor padł ofiarą oszustwa, albo też mylnie tłumaczy dokumenty, które wpadły w jego ręce. W przedmowie, którą do artykułu Jürgensa (11) od redakcji czasopisma *„Gasschutz* i *Luftschutz“* napisał Hanslian, twierdzi tenże, że w artykule Steed'a nic się nie zgadza, ani szybkości wiatrów, podawane przez autora, ani pogoda w Paryżu w dniu przeprowadzenia badań, ani skróty niemieckie, ani sposób badań. Co do tego ostatniego punktu poważne wątpliwości budzić muszą cyfry kolonij bakteryj tak, jak je Steed podaje. Uważam za rzecz wykluczoną, ażeby na płytce Petrie'go dało się policzyć 95.778 lub 91.389 kolonij (patrz Steed str. 13), a już cyfra 1,124.781 robi wrażenie notorycznej blagi, chyba żeby obserwator doszedł do tej cyfry nie drogą bezpośredniego liczenia kolonij, lecz jakichś obliczeń matematycznych, ale w takim wypadku zwykle się cyfry zaokrągla. Steed podaje, że dostarczone mu notatki były robione na świstkach, tak jakby temu, który je sporządzał, bardzo się spieszyło. Człowiek, któryby policzył chociażby 4.231 kolonij, byłby albo pedantem, któryby miał dużo czasu do rozporządzania i wyniki swoje napewne wykaligrafowałby, albo też blagierem, któryby liczbami wziętemi z fantazji chciał pozorować przesadną dokładność. Przeciwko dojściu np. do cyfry 4.231 drogą obliczenia, przemawia fakt, że liczba ta jest przez prostsze liczby zgoła niepodzielna.

Tak przedstawiałaby się strona historyczna zagadnienia aż do ostatnich dni. Kilka słów chciałbym poświęcić stronie prawnej. Wojna bakteryjna była tematem kilku narad zarówno ekspertów, jak i dyplomatów.

Pierwsza konferencja specjalistów w tej sprawie odbyła się w Waszyngtonie w r. 1922. Brali w niej udział Bordet ze strony francusko-belgijskiej, Pfeiffer jako bakterjolog niemiecki, Stany Zjednoczone Am. Półn. reprezentował Cannon. Rzeczoznawcy ci byli, jak z protokołu obrad wynika, w niemałym kłopocie, jak ująć zagadnienie o tak niewyraźnym materjale historycznym. Ostatecznie wydano *„résumé“* konferencji, opublikowane w następnym roku przez departament higjeny Ligi Narodów, które streszcza się mniejwięcej w 5 punktach:

1. Wyników wojny bakteryjnej nie można ograniczyć ani umiejscowić.
2. Metody współczesne oczyszczania wody bronią pewnie przed zarazkami tyfusu i cholery.
3. Szerzenie dżumy byłoby niebezpieczne zarówno dla napastnika jak napadniętego.
4. Niebezpieczeństwo szerzenia duru wysypkowego zapomocą wszy zostało znacznie przesadzone.
5. Metody współczesne potrafią opanować choroby zakaźne i dlatego trudno jest przewidzieć ostateczne wyniki stosowania oręża bakteryjnego.

Liga Narodów zajmowała się sprawą wojny bakteryjnej w roku 1925, kiedy spisano t. zw. protokół genewski, zakazujący używania tego oręża w celach wojennych. Zakaz ten potwierdzono w r. 1927, sprawą tą zajmowała się ponadto międzynarodowa konferencja rozbrojeniowa w r. 1932. Nie potrzebuję chyba dodawać, że w toku tych obrad wszystkie państwa odżegnywały się od wojny bakteryjnej. Potępiono ją jednomyślnie i bez żalu. (Cytow. częściowo według Blumenthala (8), częściowo według Fox'a (12)).

Czy wobec tego możemy być przed wojną bakteryjną bezpieczni?

Fox (12), amerykański komendant armji, pisze, że każda nowa broń spotykała się od niepamiętnych czasów zawsze ze sprzeciwami, gdy ją wprowadzano. Sprzeciwy te wychodziły:

1) z kół wojskowych, które bądź powątpiewały w skuteczność i praktyczność nowej broni, bądź też, hołdując tradycji, konserwatywnie opowiadały się za dawnym sposobem wojowania,
2) z kół pacyfistycznych, którym każda nowa broń wydaje się bardziej okropna, niż dotychczas używane. Rozstrzygały zawsze skuteczność i dogodność nowej broni. Dlatego dla orjentacji, czy wojna bakteryjna nam istotnie zagraża, miarodajną jest odpowiedź na pytanie, czy ten sposób walki jest dogodny i skuteczny?

Na pierwszą część tego pytania musimy odpowiedzieć bezwarunkowo tak. Broń ta przedstawia wiele cech dogodnych. Po pierwsze jest tania. W litrze dobrej pożywki można uzyskać kilkaset miljardów zarazków, koszt zaś produkcji 1 litra pożywki można zredukować — jeżeli nie będziemy w to wliczać amortyzacji urządzenia pracowni — przy masowej produkcji do kilkudziesięciu groszy. Za cenę zatem jednego pocisku artylerji średniego kalibru możemy wyprodukować kilkadziesiąt biljonów bakteryj, czyli ilość, która umiejętnie zastosowana może unieszkodliwić znacznie więcej ludzi, niż jest w stanie zabić lub zranić pocisk artyleryjski. Koszty wojny chemicznej są także wyższe. Cena 1 kg iperytu wynosi około 100 zł. 1 kg pokrywa przy skutecznem zagazowaniu zaledwie 50 m^2. Przytem bakterje, to jest czynnik żywy, mnoży się. Gdy eksplozja pocisku artylerji przeminie, działanie jego się kończy, tu zaś czynnik chorobotwórczy może przenosić się z jednego człowieka na drugiego. Zasięg działania tego oręża może być przeto znacznie dalszy niż broni palnej.

Hodowla bakteryj to jest materjał nadzwyczaj lekki w porównaniu do bomb lub innych pocisków wybuchowych. Wynika stąd łatwość zabrania dużych ilości bakteryj do samolotu. Jest

to wreszcie materjał, który można bardzo łatwo ukryć lub przemycić przez granicę w sposób taki, że tylko fachowiec może przemyt ten wykryć. Można przewieźć np. hodowle bakteryj w wyjałowionej torebce papierowej, w pierwszej lepszej kopercie, na zapisanej kartce papieru, można przewieźć w konserwach, w chlebie, we flaszce wody i t. p. Okolicznością dla celów wojennych bardzo dogodną jest kilkudniowy, niekiedy nawet kilkutygodniowy okres wylęgania chorób zakaźnych, który może umożliwić sprawcy ucieczkę i zatarcie śladów.

Jest to zatem oręż, który przedstawia wiele właściwości bardzo dogodnych w zastosowaniu go do napadu, czy tylko broń ta jest skuteczna? I na to pytanie niezwykle trudno jest odpowiedzieć. Nie mamy bowiem żadnego materjału, zdobytego obserwacją, czy eksperymentem, na zasadzie którego możnaby sprawę tę rozstrzygnąć. Znane są wprawdzie wypadki świadomego zakażenia człowieka zarazkami chorobotwórczemi czy to w celach naukowych, czy samobójczych, czy zbrodniczych, niekiedy w leczniczych, znane są przypadkowe zakażenia laboratoryjne, lecz żaden ze znanych tego rodzaju wypadków nie stał się punktem wyjścia epidemji. Nawet przeniesienie się sprawy z osobnika zakażonego na innych należy do wielkich wyjątków. Wiadomo zresztą, że zarazek nie jest jedynym czynnikiem epidemjologicznym, że na przebieg chorób nagminnych wpływają ponadto inne czynniki, jak stan zdrowotny ludzi, wśród których zaraza się szerzy, ich odporność, czynniki przenoszące zarazki i t. p. Prawdopodobnie wchodzą tu w grę także czynniki dotychczas jeszcze niezbadane. Rzucenie przeto pewnej ilości zarazka w pewne środowisko ludzkie niezawsze wywoła zarazę. Zaznaczyć jednak trzeba, że w czasie wojen panuje wogóle usposobienie do chorób nagminnych, kto wie zatem, czy czynnik zakaźny rozpowszechniony w okresie wojennym nie dałby skutków silniejszych, niż w czasach pokojowych?

Nie jest rzeczą niemożebną, że na pytania te da odpowiedź dopiero najbliższa większa wojna. Narazie możemy snuć tylko domysły na temat skuteczności wojny bakteryjnej. Pewne analogie do tego rodzaju walki posiada tępienie gryzoni zapomocą hodowli bakteryjnych. Wiadomo ogólnie, że używa się do tego celu drobnoustrojów z grupy bakteryj paratyfusowych, szczepy takie wyosobnili różni autorowie, największem wzięciem cieszyła się odmiana, wyosobniona przez niedawno zmarłego polskiego bakterjologa D a n y s z a. Otóż zwalczanie szczurów zapomocą bakteryj dawało wyniki zmienne, czasem widywano wspaniałe skutki, niekiedy jednak broń ta zawodziła i dziś sposób ten coraz więcej wychodzi z użycia, a jeżeli się jeszcze bakterje paratyfusowe do tępienia szczurów stosuje, to zwykle w połączeniu z jakąś trucizną nieorganiczną lub organiczną.

Głównym ośrodkiem zainteresowań autorów, omawiających sprawę wojny bakteryjnej, jest jej technika. Dużo miejsca poświęca się w publikacjach dotyczących tego tematu rozważaniom, jakie bakterje i z jakim skutkiem nadawałyby się w danym razie do zastosowania wojennego. Ta część zagadnienia została już omówiona w Pol. Gaz. Lek. przez R. E p l e r a (13). To zwalnia mię od rozpatrywania tej sprawy, czytelników chcących się w tem zorjentować odsyłam do tegoż artykułu oraz analogicznych rozpraw w innych czasopismach. Zaznaczyć chciałbym tylko, że bakteryj nadających się do celów wojennych szukać należy wśród znanych nam gatunków. Znalezienie nowego jakiegoś zarazka dotychczas nieznanego, a nadającego się do celów bojowych leży, jak dotąd, w dziedzinie wyobraźni. Pozatem kilka uwag pragnąłbym poświęcić sprawie sposobów przypuszczalnego szerzenia zarazków w celach wojennych.

Ze wszystkich możliwości, rozpatrywanych przez autorów omawiających wojnę bakteryjną najmniej prawdopodobnem wydaje się użycie zakażonych pocisków. Jeżeli pocisk trafia, unieszkodliwia i tak przeważnie trafionego, zarazki mogą co najwyżej pogorszyć prawdopodobieństwo wyleczenia. Jeżeli pocisk nie trafi, to bakterje na nim też nie pomogą. O wywołaniu zarazy tą drogą niema mowy. Trzeba wziąć pod uwagę wysoką ciepłotę, jaka tworzy się przy wystrzale i działa bakterjobójczo. Gdyby chcieć zabezpieczyć zarazki przed jej działaniem, trzebaby zastosować złe przewodniki ciepła, których niema na zwykłych pociskach. To, nawet gdyby okazało się możliwe, komplikowałoby produkcję pocisków tak znacznie, że ten sposób szerzenia zarazków można z największem prawdopodobieństwem wykluczyć. Nad możliwością stosowania zakażonych pocisków zastanawiali się P f e i f f e r, C a s a r i n i i inni (cyt. według B l u m e n t h a l a (8)), dochodząc do podobnych wniosków.

Więcej już prawdopodobnem jest rozpylanie zarazków w powietrzu. Ten sposób zakażania był badany w doświadczeniach na zwierzętach. F l ü g g e (14) stwierdził, że do zakażenia świnki morskiej drogą oddechową wystarczy minimalna ilość prątków gruźliczych. Ostatnio T r i l l a t (15) wykazał, że można zakazić zwierzęta pałeczkami cholery kur, rozpylając 2 mg bakteryj w 50 litrach powietrza (rozcieńczenie 1 : 25,000.000). Jeżeli powietrze było nasycone wilgocią i zawierało pewną ilość gazów wydechowych, to wystarczył 2-minutowy pobyt zwierząt w tej atmosferze do stuprocentowego zakażenia całej ich serji. S t e e d twierdzi, że ten sposób wojny bakteryjnej jest właśnie w przygotowaniu. Możnaby zrzucać pociski bakteryjne z samolotów ze znacznej nawet wysokości, licząc na to, że po ich rozbiciu hodowla się wyleje, częściowo rozpryśnie się w powietrzu, częściowo wtórnie pod wpływem prądów powietrznych ulegnie rozpyleniu. Gdyby technika wyprodukowała pociski pękające bez znacznego rozgrzania bezpośrednio nad powierzchnią ziemi, możnaby uzyskać dokładniejsze rozpylenie hodowli. Według T r i l l a t'a (16) efekt byłby tem lepszy, im większa byłaby wilgoć względna i im więcej substancyj organicznych byłoby w powietrzu, co zachodzi zwłaszcza w czasie silnych zniżek barometrycznych.

Temu sposobowi szerzenia zarazków przeciwdziałałyby prądy powietrzne, które sprowadzałyby tak silne rozcieńczenie rozpylonych kropelek niezmierzonemi wprost ilościami powietrza atmosferycznego, że prawdopodobieństwo dostania się ich do narządu oddechowego ludzi, czy zwierząt stałoby się małe. Rozcieńczenie to jest jedynym z czynników, który sprawia, że zakażenie kropelkowe, tak ważny sposób przenoszenia się zarazków w ubikacjach zamkniętych, prawie się nie zdarza na wolnem powietrzu.

Tą drogą możnaby szerzyć przedewszystkiem laseczki wąglika, a raczej ich zarodniki, które są dość oporne na działanie wszelkich czynników bakterjobójczych. Możnaby się spodziewać, że gdyby nawet nie zakaziły ustrojów ludzkich lub zwierzęcych drogą oddechową, to osiadając na trawie, stałyby się przyczyną zakażenia pokarmowego bydła, lub owiec, a pośrednio i człowieka. Zniszczenie zarodników wąglika w miejscach zakażonych nie byłoby rzeczą całkiem prostą.

Droga pokarmowa miałaby podobne znaczenie jak oddechowa. Możliwem byłoby zakażanie studzien i wodociągów zarazkami duru brzusznego lub cholery azjatyckiej, albo zarazkami duru rzekomego lub czerwonki. Zakażenia tego mogłyby dokonywać np. tylne straże cofającej się armji, lub też wysłannicy państwa nieprzyjacielskiego, działający w zapleczu armji walczącej w polu. Sposób ten mógłby okazać się skuteczny, ale tylko na krótki przeciąg czasu, gdyż zakażeniu przeciwdziałałoby po pierwsze t. zw. samooczyszczanie się wody, po drugie zabiegi odkażające ze strony przeciwnika tak, że jedynie pierwsze oddziały armji ścigającej ustępującego nieprzyjaciela byłyby silniej narażone, gdyż, jak doświadczenie poucza, oddziały takie znajdują się w czasie wojny ruchowej zwykle w gorszych warunkach higjenicznych i zaopatrzenie ich w potrzebny do odkażenia materjał sanitarny jest trudniejsze.

Szerzenie zapomocą mleka zakażonego pałeczek duru brzusznego, pałeczek Banga i innych drobnoustrojów, atakujących ustrój człowieka przez przewód pokarmowy, byłoby groźniejsze dla ludności cywilnej, niż dla armji walczącej w polu, gdyż mleko odgrywa mniejszą rolę w odżywianiu żołnierza. W razie potrzeby zakaz używania mleka jest łatwy do przeprowadzenia. Jak wiadomo, zakazem takim uwolniła się w prosty sposób marynarka angielska na Malcie od gorączki maltańskiej *(febris undulans)*, choroby wśród ludności cywilnej tej wyspy bardzo rozpowszechnionej.

Znacznie groźniejsze byłoby zakażanie mięsa, a zwłaszcza konserw mięsnych hodowlami *bact. paratyphi B* z grupy zatruć mięsnych (zatruwaczy) lub też *bac. botulinus*. Nawet zagotowanie konserw zwłaszcza w pierwszym przypadku nie zapobiegałoby zakażeniu, czy zatruciu.

Może najbardziej skutecznym sposobem szerzenia zarazków w celach bojowych byłoby użycie zwierząt zakażonych, ponieważ sposób ten najwięcej przypomina naturalne rozprzestrzenianie się pewnych chorób zakaźnych, takich jak dżuma, dur wysypkowy, nosacizna, wąglik, wścieklizna. Na szczęście strona techniczna tego sposobu nastręcza wiele trudności. O ile rozrzucanie hodowli z samolotu byłoby zabiegiem bardzo prostym, lecz prawdopodobnie mało skutecznym, o tyle rozrzucanie wszy zakażonych w ten sam sposób byłoby metodą zapewne bardziej skuteczną, lecz bardzo trudną do urzeczywistnienia! Przytem użycie zwierząt zakażonych byłoby bronią obosieczną, jak to podkreślono w sprawozdaniu z konferencji międzynarodowej w Waszyngtonie i w wielu publikacjach, dotyczących wojny bakterjologicznej. Trudno bowiem psom wściekłym, czy szczurom zadżumionym nadać kierunek na nieprzyjaciela, a zapobiec, by nie zwróciły się w stronę armji własnej.

Obosieczność broni bakteryjnej wyłania jako warunek jej stosowania konieczność uodpornienia armji własnej i ludności własnej. Niestety szczepionki, jakiemi rozporządza medycyna współczesna, z wyjątkiem szczepionki ospowej, dalekie są od ideału. Szczepionka z zabitych przecinkowców cholery, czy pałeczek du-

ju brzusznego wstrzyknięta 2—3 razy podskórnie zmniejsza zapadalność na te choroby mniejwięcej dwukrotnie, ale dalecy jesteśmy od zupełnego zabezpieczenia szczepionych. Statystyka szczepień przeciwdżumowych jest jeszcze gorsza. Metoda Besredki stosowania bakteryj zabitych doustnie nie daje lepszych wyników, według niektórych statystyk znacznie gorsze.

Romieu przypuszcza, że gdyby jakieś państwo zamierzało zastosować pewne zarazki w celach bojowych, musiałoby uprzednio uodpornić własną armję i własną ludność przeciwko tymże zarazkom, a uodpornienie to nie dałoby się przeprowadzić bez rozgłosu. Nieprzyjaciel musiałby się o tem dowiedzieć i poczyniłby na atak odpowiednie przygotowania. Ze zdaniem tem nie zgodziłbym się w zupełności. Przy zmonopolizowaniu produkcji szczepionek możnaby zupełnie dobrze pod etykietą szczepionki tyfusowej wypuścić szczepionkę zawierającą pałeczki dżumy, lub też bakterje Banga i uodpornić nią całą armję i znaczną część ludności cywilnej w ten sposób, że o tem wiedziałby tylko wódz armji, kierownik pracowni i jeden z jego asystentów. Nawet gdyby szczepionka taka wpadła w ręce nieprzyjaciela, określenie jej, zwłaszcza przy odpowiedniem zamaskowaniu przy wyrobie, nie należałoby do rzeczy łatwych. Z rozważań tych wypływa konieczność zdobywania i badania nieprzyjacielskich szczepionek w czasie pokoju i wojny.

Niektórzy autorowie brali pod uwagę możliwość stosowania jadów bakteryjnych w celach bojowych. Jeżeli oceniamy z dużym sceptycyzmem stosowanie zarazków, to prawdopodobieństwo stosowania jadów jest dużo mniejsze. Odpada tu główna zaleta zarazka jako czynnika bojowego, t. j. jego mnożność. Jady nie różnią się zasadniczo pod tym względem od przetworów chemicznych, a co się tyczy skuteczności, to nie dorównują stanowczo gazom bojowym. Toksyny działają bowiem najczęściej tylko wtedy, jeżeli się je wprowadzi do tkanek, wyjątkowo tylko przez przewód pokarmowy, podczas gdy iperyt atakuje przez skórę, a nawet przez ubranie, a wszystkie prawie gazy bojowe przez narząd oddechowy. Jady bakteryjne nie wytrzymają napewno konkurencji z iperytem, ani luizytem, ba nawet z pierwotnie stosowanym chlorem, zwłaszcza tam, gdzie chodzi o tłumne zatruwanie.

Mimo, że nie wiemy, czy wojna bakteryjna zostanie w przyszłości urzeczywistniona, czy nie, winniśmy być na nią przygotowani, tem bardziej, że obrona przeciwbakteryjna zgadza się w większej części z zarządzeniami, zapomocą których władze sanitarne dziś bronią ludność przed chorobami zakaźnemi. Profesorowie Nola, Mayer i Silberschmidt jako rzeczoznawcy konferencji rozbrojeniowej zastanawiali się nad tą sprawą i doszli do wniosku, że skuteczna obrona przeciw orężowi bakteryjnemu da się zastosować w tych państwach, w których higjena jest silnie rozwinięta. Dobrze zorganizowana służba sanitarna jest najlepszą bronią przeciw wojnie bakteryjnej (cyt. według Sartory (6)).

Obrona ludności przed chorobami zakaźnemi sprowadza się w myśl zasad epidemjologii i profilaktyki współczesnej w najogólniejszym zarysie do: 1) wykrywania przypadków tych chorób, 2) odosabniania tychże, 3) niszczenia zarazków, 4) przecięcia dróg zakażenia, 5) uodporniania ludności.

Podstawą wszelkiej akcji jest rychłe rozpoznanie choroby zakaźnej, toteż autorowie, którzy tematem tym się zajmowali, podkreślają zgodnie (Farjot (17), Schickelé (18), u nas Karyszkowski (19) i inni) wielkie znaczenie należytego zorganizowania obsługi bakterjologicznej państwa i wyszkolenia odpowiedniej ilości bakterjologów dla skutecznego zwalczania przypuszczalnej wojny bakteryjnej. Ich bowiem zadaniem będzie wczesne rozpoznanie pierwszych przypadków skutecznego ataku bakteryjnego oraz w dużej mierze przygotowanie środków zaradczych. Pozatem należałoby roztoczyć nadzór nad prywatnemi pracowniami bakterjologicznemi, zwlaszcza o ile one są w ręku osób, których lojalność względem państwa budzi wątpliwości. W razie bowiem, gdyby nieprzyjaciel zdecydował się na szerzenie zarazków chorobotwórczych na tyłach armji przeciwnika, przeniesienie większej ilości hodowli poprzez linje walczące, lub ponad niemi napotkałoby jednak na duże trudności; daleko łatwiej byłoby przemycić małe ilości bakteryj, a rozmnożyć je dopiero na terenie przeciwnika. Do tego doskonale nadawałyby się prywatne pracownie bakterjologiczne pozostawione bez nadzoru.

Koniecznym warunkiem obrony przeciwbakteryjnej byłoby także nałożenie obowiązku na lekarzy donoszenia władzom sanitarnym o każdym przypadku podejrzanym o związek z wojną bakteryjną.

Dla odosabniania przypadków chorób zakaźnych niezbędnem byłoby przygotowanie odpowiedniej ilości szpitali, albo domów izolacyjnych; dla niszczenia zarazków odpowiedniej ilości przyrządów i środków odkażających.

Co się tyczy przecięcia dróg zakażenia, to obrona powinna być do tych dróg dostosowana. Przeciwko zakażeniom przez powietrze chronić możnaby się zapomocą masek. Zakażoną wodę należałoby odkażać przez chlorowanie. Jak wiadomo ten sposób oczyszczania wody wysunął się po wojnie na pierwsze miejsce i kto wie, czy możliwość wojny bakteryjnej nie jest głównym czynnikiem, wysuwającym chlorowanie wody na pierwszy plan. Sposób ten bowiem nietylko oczyszcza wodę z bakteryj, lecz zapobiega skutecznie świadomemu zanieczyszczaniu studzien i zbiorników wody.

Trzebaby również roztoczyć baczny nadzór nad środkami spożywczemi, a przedewszystkiem nad fabrykami konserw, gdyż, gdyby udało się wysłannikowi państwa nieprzyjacielskiego uzyskać zajęcie w którejś z tych przedsiębiorstw i domieszać do konserw np. bakteryj paratyfusowych z grupy zatruć mięsnych, następstwa mogłyby być zgubne.

Przecięciem ważnej drogi szerzenia się chorób zakaźnych byłoby tępienie szczurów, problem, który posiada również doniosłe znaczenie ekonomiczne. Również niszczenie wszy i propaganda czystości miałyby pierwszorzędne znaczenie. Gdyby udało się wrogom rozrzucić np. z samolotu kilkaset wszy zakażonych durem wysypkowym, to skutek tego ataku byłby w dużej mierze zależny od tego, czy natrafi on na środowisko odwszone, czy zawszone. W pierwszym wypadku można w najlepszym razie uzyskać małą zarazę, umiejscowioną, która rychło ustanie, w drugim skutki mogą być nieobliczalne. Jeżeli nieprzyjaciel będzie wiedzieć, że ludność nasza jest doskonale odwszona, nie łatwo zdecyduje się na rozpowszechnianie duru wysypkowego, wiadomości przeciwne mogą go do tego raczej zachęcić.

Uodpornianie ludności przez stosowanie szczepionek mimo wszystkich ich braków może odegrać również bardzo doniosłą rolę jako środek zabezpieczający nas przed wojną bakteryjną.

Przygotowanie obrony przeciwbakteryjnej przyda się w każdym wypadku. Wojny bakteryjnej może się nie doczekamy, ale z zarazami w czasie wojny będziemy mieć do czynienia napewno. Za tem przemawiają doświadczenia wszystkich niemal czasów i wojen. Zresztą choroby nagminne spotyka sie również w czasach pokojowych. A że organizacja obrony przeciwbakteryjnej zgadza sie w bardzo dużej mierze z zapobieganiem chorobom zakaźnym, przeto największy nawet sceptycyzm co do możliwości wojny bakteryjnej nie powinien nas powstrzymać od organizowania obrony przeciw tej wojnie.

Piśmiennictwo:

1) Fleck: Pol. Gaz. Lek. Nr. 10. Str. 181. 1934. — 2) Lusztig: Berl. Tierärztl. Woch. Nr. 20. 1931. — 3) Nicolle Charles: Destin des Maladies Inf. Paris. 1934. Alcan. p. 231. — 4) Owczarewicz: Możliwości wojny bakterjologicznej. Vademecum obrony przeciwlotniczej. Warszawa 1935. — 5) Romieu: La guerre mibrobienne. Revue des deux Mondes. 1934. T. 23. p. 41. — 6) A. Sartory i E. Sartory: La guerre bactériologique. Paris 1935. Charles-Lavauzelle et Cie. — 7) Virgilio Ferreti: La guerra bakteriologica. Revista aëronautica. 1931. Str. 257 (cyt. według Blumenthala). — 8) Blumenthal: Wojenno-Medicinskij Žurnał. 1932. — 9) Biuletyn Gazowy. R. III. Nr. 2. 1932. — 10) Wickham Steed: Aerial Warfare: Secret German Plans. The Nineteenth Century and After. 1934. V. 96. Nr. 689, p. 1. — 11) Jürgens: Gasschutz u. Luftschutz. IV. Jg. Nr. 9. 1934. — 12) Fox: The military Surgeon. 1933. Nr. 3. — 13) Epler: Pol. Gaz. Lek. 1935. Nr. 11. Str. 203. — 14) Flügge: Die Verbreitungsweise und Bekämpfung der Tuberkulose. Leipzig. 1908. Veit et Co. — 15) Trillat: Bull. de l'Acad. de Médecine. T. 106. p. 309. 1931. — 16) Trillat: Tamże. T. 103, p. 698. 1930. — 17) Farjot: Journ. d. Sc. Méd. de Lille. 1932. — 18) Schickelé: Arch. de Méd. et de Pharm. Milit. T. 99. p. 716. — 19) Karyszkowski: Lekarz Wojskowy. T. 25. Nr. 12.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Stefan SCHWARZ. Kraków.

O pośredniem przetaczaniu krwi.

Z Oddziału Chorób Kobiecych i Położniczego Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Można powiedzieć, że przetaczanie krwi, które oparte na właściwych podstawach weszło dopiero przed 20 laty do lecznictwa, przeszedłszy okresy triumfu i upadku, stało się ostatnio tematem niezwykle modnym.

Kilka niedawno odbytych kongresów chirurgicznych zajmowało się sprawą przetaczania krwi, jako głównym tematem. Cały szereg autorów, na podstawie olbrzymich zestawień zajmuje się zarówno teoretyczną jak i praktyczną stroną tego zagadnienia. Jak wynika z tych prac, w zakładach chirurgicznych, a także w osobnych zakładach dla przetaczania krwi, szczególnie francuskich i rosyjskich wykonuje się rocznie setki a nawet tysiące przetoczeń krwi, — ilości jak na nasze stosunki zupełnie nieproporcjonalnie wielkie.

Nie ulega wątpliwości, że niepomiernie wielki wzrost znaczenia przetaczania krwi w ostatnich latach zawdzięczamy doskonałym wynikom, jakie obecnie zdołano uzyskać dzięki znacznemu uproszczeniu techniki i należytej ocenie ogromnych zestawień, opartych na przypadkach prawidłowo wykonanych przetoczeń.

Obecnie stoimy bowiem na stanowisku, że jedyne właściwe niebezpieczeństwo przetaczania krwi, przynajmniej w ostrych niedokrwistościach i to w przypadkach chirurgicznych, położniczych i chorobach kobiecych ogranicza się do ostrego wstrząsu koloidoklazycznego, lub hemolitycznego, spowodowanego błędnem oznaczeniem grup krwi. Niebezpieczeństwo to pozatem zaczyna się dopiero po przetoczeniu około 200 cm^3 krwi obcogrupowej, postępując więc ostrożnie i wedle obowiązujących prawideł nie trzeba się zbytnio tego powikłania obawiać. Ostre wstrząsy, połączone czyto z gwałtownemi i niebezpiecznemi objawami ze strony narządu krążenia, czy też ze strony nerek należą po przetoczeniu jednogrupowej krwi u osobników młodych, poza skrwawieniem zdrowych, do rzeczy niespotykanych. Również objawy następowe w postaci miejscowych czy ogólnych powikłań zdarzają się we wspomnianych przypadkach zupełnie wyjątkowo. Wszystkie wspomniane tutaj powikłania zdarzają się prawie wyłącznie, niezależnie zresztą od sposobu dokonania przetoczenia, czyto sposobem bezpośrednim czyteż pośrednim w przypadkach chorób krwi i narządów krwiotwórczych. Jasną jest rzeczą, że ustrój chory, nastawiony nieraz hemolitycznie w stosunku do własnych krwinek, oddziaływuje ciężkiemi odczynami na przetoczenie krwi z osobnika innego.

Dlatego też nie ulega wątpliwości, że największe znaczenie w medycynie posiada przetaczanie krwi, — może tylko poza chirurgją wojenną — w położnictwie i chorobach kobiecych.

Każdy, kto zetknął się z tą może najniewdzięczniejszą gałęzią medycyny jaką jest położnictwo, gdzie zdarzają się tak nieoczekiwane i niedające się przewidzieć a często tragiczne niespodzianki, wie jakie znaczenie ma w tych przypadkach przetoczenie krwi.

Jak stwierdzili Dieckmann i Edwin na podstawie ogromnego zestawienia ze Stanów Zjednoczonych 28% zejść śmiertelnych, związanych z ciążą i schorzeniami kobiecemi spowodowanych jest skrwawieniem. Nie rozporządzam oczywiście podobnem zestawieniem z naszego kraju, sądzę jednak, że stosunek ten przedstawiać się musi u nas znacznie gorzej, jak w Stanach Zjednoczonych. Wspomnę jedynie, że na porządku dziennym widzi się w naszym Oddziele kobiety, pochodzące ze sfer stosunkowo zamożnych i inteligentnych, zamieszkałe w samym Krakowie, które z niewiarygodną cierpliwością i poddaniem się losowi znoszą tak długotrwałe i obfite krwawienia, że zgłaszają się do leczenia w stanie wprost rozpaczliwym.

Przypuszczam, że niestety w wielu połaciach naszego kraju przedstawiają się te stosunki jeszcze znacznie gorzej.

Podnieść również chciałbym tutaj fakt, że wedle najnowszych badań amerykańskich opisywana dawniej pełnokrwistość *(plethora)* w ciąży i połogu nie istnieje, a nawet przeciwnie stwierdzono zmniejszenie ilości hemoglobiny i krwinek czerwonych w końcowych okresach ciąży. Na podstawie własnego doświadczenia stwierdzić również należy, że podnoszona dawniej zdolność i niejako przystosowanie kobiet do wytrzymywania dużego skrwawienia w czasie porodu niezawsze znajduje się na wysokości zadania. Istnieją niewątpliwie duże różnice osobnicze i nie jest rzeczą obojętną np. czy rodząca ważąca 50 kg, posiadająca 4000 g krwi straci litr krwi, czy też rodząca wagi 60 kg a posiadająca 5000 g krwi straci również litr.

Wiemy obecnie, że nietylko ciężkie zabiegi, czy też wyczerpanie rodzącej w połączeniu z krwawieniem wywołują wstrząs, ale że zdarza się często, że po prawidłowym porodzie, odbytym lekko siłami natury, krwawienie niezbyt nawet duże, które możnaby zmieścić jeszcze w granicach „fizjologicznego" samo przez się wywołuje wstrząs. Stajemy wtedy w błędnem kole, z którego niejednokrotnie nie można znaleźć wyjścia przy pomocy środków nasercowych i nawet wlewań dożylnych fizjologicznego roztworu soli.

Nie należą również do rzadkości przypadki wykrwawionych poronień, o których już wspomniałem, a także przypadki pękniętych ciąż pozamacicznych, przywożonych nieraz z odległych o kilkadziesiąt kilometrów miejscowości na furach, w rozpaczliwym stanie, bez tętna. Przypadki, które operuje się prawie bez uśpienia i jedynie jodynowanemi rękami, bo na mycie i porządne przygotowanie zabiegu niema czasu.

Bezsprzecznie niewszystkie z tych chorych giną i część z nich wychodzi po zastosowaniu środków nasercowych i wlewań roztworu fizjologicznego, ale nie do pozazdroszczenia jest los lekarza, który przez kilka godzin zrzędu, atakowany niejednokrotnie przez rodzinę chorej, usiłuje środkami nasercowemi podtrzymać gasnące życie, podczas gdy przetoczenie krwi w przypadkach takich poprawia doraźnie i trwale stan chorej.

Nietylko jednak przypadki nagłe, gdzie od szybkiego wykonania przetoczenia zależy życie chorej, stanowią piękne pole popisu dla omawianego zabiegu. Spotykamy w naszej dziedzinie również i przypadki przewlekłe z takiem skrwawieniem, że podjęcie niezbędnego zabiegu operacyjnego byłoby połączone niechybnie ze śmiertelnem niebezpieczeństwem.

Znowu tutaj trzeba powtórzyć, że niestety niezmiernie często chore na raka szyjki oraz trzonu macicy, mięśniaki czy wreszcie inne rzadsze schorzenia części rodnych wywołujące krwawienia zgłaszają się zazwyczaj po długotrwałem albo obfitem krwawieniu w stanie tak znacznej niedokrwistości, że bez uprzedniego przetoczenia krwi nie można myśleć o dokonaniu koniecznego zabiegu.

Z punktu widzenia dzisiejszych rozważań chciałbym położyć główny nacisk na pierwszą wspomnianą tutaj grupę niedokrwistości ostrych. Nie ulega bowiem wątpliwości, że sprawa przetaczania krwi w tych przypadkach nie jest u nas należycie rozwiązana i to nawet w wielu dużych zakładach leczniczych, nie mówiąc już o małych i o praktyce prywatnej.

Jeżeli chodzi o zakłady lecznicze w większych ośrodkach, to sądzę, że każdy zakład obliczony na wykonywanie przetaczania krwi w nagłych przypadkach musi rozporządzać kilku dawcami — oczywiście w sposób przepisowy badanymi — spośród personału, a więc dostępnymi każdej chwili. Stwierdzić muszę, że korzystanie z dawców z centrali choćby najlepiej zorganizowanej w przypadkach nagłych jest praktycznie zupełnie nieużyteczne. Praktycznie bowiem przedstawia się ściągnięcie takiego dawcy czasami trudniej aniżeliby można przypuścić i jeżeli dostanie się adresy czterech dawców, mieszkających w odległych od siebie i od szpitala punktach — zwykle przedmieść, to jeżeli dwóch albo trzech dawców właśnie niema w domu, to następny przychodzi zwykle za późno.

Oddział Ginekologiczno-Położniczy Szpitala św. Łazarza w Krakowie rozporządza obecnie swoimi dawcami spośród pielęgniarek zakładu. Sądzę, że podobnie da się urządzić własne stacje dawców nawet w najmniejszych szpitalach, zwłaszcza, że sposób opisywany jest dla dawcy bardzo oszczędzający.

Jako dalszy ważny warunek udawania się przetoczeń krwi w nagłych przypadkach uważam posiadanie osobno skompletowanego instrumentarjum, przechowywanego jałowo, lub antyseptycznie (w spirytusie).

Jeżeli chodzi o domy prywatne, to sądzę, że prawie zawsze można znaleźć dawcę spośród rodziny i odważyć się na zabieg, który w omawianej technice nie przedstawia żadnych trudności. Przetaczanie krwi uchodzi bowiem nietylko wśród lekarzy praktyków, ale i w zakładach leczniczych za zabieg trudny i zawiły. Wiadomo przecież, że do wielu nawet dużych zakładów położniczych sprowadza się celem przetoczenia krwi chirurga, co również przeważnie czyni nagłość tego zabiegu iluzoryczną. Dla tych to przyczyn nie wykonuje się u nas w kraju niestety tego zbawiennego wprost zabiegu tak często, jak tego zachodzi potrzeba. Niezawsze również cena aparatów do przetaczania krwi jest dostępna w naszych stosunkach nietylko dla praktyka, ale i dla mniejszego szpitala, co chyba również wybitnie zmniejsza możliwości przetaczania krwi.

Zaznaczam już tutaj, że nie podaję w wątpliwość może nieco większej wartości leczniczej przetaczania krwi bezpośredniego, ale dodam odrazu, że:

1. Zupełnie idealnie bezpośrednie przetoczenie krwi w praktyce rzadko się udaje, gdyż prawie zawsze zachodzi potrzeba przepłókiwania aparatu roztworem cytrynianu sodowego i choćby maleńkiego dodatku tej soli w celu zapobieżenia krzepnieciu.

2. Technika operowania aparatami do bezpośredniego przetaczania krwi jest zawsze więcej złożona i trudna, przez co wymaga wyszkolonej asysty i kosztownego zwykle aparatu.

3. Jeżeli mamy zupełnie pewnie i szybko krew przetaczać musimy dawcy odsłonić żyłę, gdyż w przeciwnym razie, jeżeli nastąpi przerwa w przetaczaniu, krew krzepnie w przewodach i zabieg się nie udaje. Warunek ten ponadto, jak to wiem z własnego doświadczenia — utrudnia bardzo pozyskanie dawców, którzy niechętnie poddają się odsłanianiu żył. Sposób bezpośredni pozatem w pewnych przypadkach mimo dużych ostrożności i dobrej techniki naraża dawcę na możliwość zakażenia ranki.

Na pograniczu tych dwóch zasadniczych sposobów przetaczania krwi stoją aparaty bursztynowe, lub atrombitowe, których wysoka cena i mała praktyczność — są bowiem bardzo kruche i nie zupełnie dobrze wytrzymują wyjaławianie w wyższej ciepłocie — odstraszają nawet zasobne zakłady. Aparaty te umożliwiają przetaczanie biologiczne bezpośrednie, gdyż przetacza się niemi krew niezmienioną i bez żadnych domieszek, co jest cechą charakterystyczną przetaczania bezpośredniego, technicznie jednak, jest to przetaczanie pośrednie.

Wychodząc więc z tych założeń opracowaliśmy prosty i łatwy sposób pośredniego przetaczania krwi, który obecnie chciałbym przedstawić.

Jako najważniejszą zaletę tego sposobu podnoszę to, że zabieg w ten sposób uproszczony może wykonać w całości jeden lekarz, bez specjalnej asysty, posiadając jedynie pomocnika zdolnego do zaciśnięcia opaski na ramieniu dawcy.

Krew pobieramy zawsze od dawcy z jednoimiennej grupy, nigdy od dawców uniwersalnych, a to dlatego ponieważ opisy ostrych odczynów w postaci wstrząsów hemolitycznych i koloidoklazycznych po przetoczeniu krwi znajduje się prawie wyłącznie u autorów, używających dawców uniwersalnych.

Do pobierania krwi używamy osobnej igły krótkiej i dość grubej (1.7—2.0 mm) platynowej, wewnątrz polerowanej. Igłę przed wkłuciem przestrzykujemy olejkiem kamforowym dla zmniejszenia możliwości zakrzepnięcia w niej krwi. Nakłuwamy zwykle żyłę łokciową. Nie zdarzyło się nam, abyśmy zmuszeni byli szukać innej żyły.

Krew pobieramy do zwykłej wyjałowionej kolby erlenmayerowskiej, pojemności około 600 g, do której wlewamy bezpośrednio przed pobraniem krwi 50 cm³ 2% roztworu cytrynianu sodowego. Ilość cytrynianu wystarcza na około 500—600 g krwi. Rutkowski (Jerzy) używa do tego celu 10% roztworu wspomnianej soli w ilości kilku cm³. Amerykanie używają 4% roztworu w ilości 50 cm³ na 400—700 g krwi. Kolbą należy w czasie pobierania krwi wykonywać nieznaczne ruchy celem wymieszania krwi z cytrynianem. Można również pobierać krew do mniejszych naczyń i wlewać te małe ilości do naczynia połączonego z żyłą biorcy. Kolba taka wystarcza właściwie zupełnie, ale dla zapobieżenia utracie ciepła przez krew zamówiliśmy obecnie kolby o podwójnych ścianach spomiędzy których wypompowano powietrze.

Po uzyskaniu potrzebnej ilości krwi (cytrynianowej) przepompowujemy ją do żyły biorcy przyrządem „Rotanda". Przyrządu tego używamy dlatego, ponieważ uprzednio używaliśmy go do przetaczania bezpośredniego. Można jednakowoż użyć tu z powodzeniem także innego aparatu, najlepiej dużej strzykawki z dwoma wylotami.

Żyłę biorcy zwykle odsłaniamy, aby się uchronić przed przerwami w przetaczaniu spowodowanemi niepokojem biorcy, czy też złemi żyłami. Odsłonięcie żyły biorcy wykonać można wygodnie, w znieczuleniu perkainą (2 cm³/2:1000) w czasie pobierania krwi do kolby.

Oczywiście należy mimo stwierdzonej uprzednio zgodności grup wstrzykiwać początkowo ostrożnie i powoli i po przetoczeniu około 20 cm³ krwi przeczekać chwilę, czy nie wystąpią objawy wstrząsu. Następnie można już dość szybko przeprowadzić przetaczanie do końca.

Zazwyczaj w razie znacznej straty krwi, wstrzykujemy tym samym aparatem po ukończeniu przetaczania jeszcze 50—250 cm³ fizjologicznego roztworu soli kuchennej, o ile zachodzi potrzeba z domieszką środków nasercowych.

Pobieramy przeciętnie od jednego dawcy około 500 cm³ krwi, ilość ta przeważnie wystarcza. Wyjątkowo przetaczano ilości większe przyczem rzadko przekracza się 700 cm³. Największa przetoczona ilość wynosiła 900 g, pobrana od 2 dawców.

Trudności przy stosowaniu opisanego sposobu nie napotkaliśmy nigdy tak, że wszystkie przetoczenia przeprowadzono zupełnie gładko.

W ciągu prawie trzech lat przetoczono sposobem pośrednim krew w 46 przypadkach, z tego w niedokrwistościach ostrych poporodowych: 32 razy, z tego 30 wyników dobrych: w niedokrwistości skutkiem skrwawienia do jamy brzusznej (przy pękniętych ciążach jajowodowych): 3 razy, wszystkie z wynikiem dobrym; w niedokrwistości po poronieniach: 2 razy z wynikiem dobrym; w niedokrwistościach przewlekłych (przygotowawczo przed zabiegami operacyjnemi): 6 razy, z wynikiem dobrym; w zakażeniach połogowych (w obu przypadkach połączonych ze znaczną niedokrwistością): 2 razy, z wynikiem dobrym w jednym przypadku.

W celu zwiększenia krzepliwości krwi (w krwawieniach pooperacyjnych) w jednym przypadku również z wynikiem dobrym.

Wyniki tutaj podane nie przedstawiają właściwie wiernie wartości samego sposobu przetaczania. W przypadkach bowiem określonych tutaj jako dodatnie, efekt przetoczenia bywał prawie zawsze niezwykle szybki i imponujący. Stan przedmiotowy i podmiotowy chorej poprawiały się zazwyczaj w oczach, doraźnie w sposób wprost cudowny i nie różniący się od efektu po przetoczeniu bezpośredniem.

Wyniki natomiast określone jako ujemne nie zależały od samego sposobu przetoczenia krwi. Z 2 wyników ujemnych w niedokrwistościach poporodowych pierwszy przypadek dotyczył krwotoku z 2 łożysk (bliźniaczych) usadowionych w biernym odcinku macicy. Krwawienie szło w tym przypadku tak gwałtownie, że przetoczenie 900 g krwi (przy równoczesnej tamponadzie i założeniu zacisków Henkla) nie wystarczyło na czas potrzebny do przygotowania wyjęcia macicy. W przypadku drugim przetoczenie rozpoczęto właściwie już w chwili zgonu położnicy, u której po niezbyt dużem krwawieniu w III okresie porodowym wystąpiło ostro rozszerzenie stłuszczonego mięśnia sercowego.

Wynik ujemny przy zakażeniu połogowem dotyczył zakażenia krwi paciorkowcem hemolitycznym. Nadmienić jednak wypada, że bardzo ciężki stan chorej uległ po przetoczeniu krwi wprost nieprawdopodobnej poprawie tak, że lekarz który objął leczenie jej po przewiezieniu do domu na prowincji wykluczał możliwość jakiegokolwiek niebezpieczeństwa. Zejście śmiertelne nastąpiło dopiero w 8 dni po przetoczeniu krwi.

Dodać jeszcze trzeba, że w zestawieniu naszem są 3 przypadki, w których przetaczanie krwi rozpoczęto dosłownie *in extremis*, gdzie efekt ożywiający był poprostu cudowny i niezaprzeczenie niemożliwy do uzyskania jakimkolwiek innym sposobem.

W przypadku, gdzie stosowaliśmy przetoczenie w celu zmniejszenia krwawienia po zabiegu plastycznym, wynik był dobry mimo obecności cytrynianu sodowego. Fakt ten zresztą potwierdzają liczne spostrzeżenia autorów rosyjskich.

W czasie samego przetaczania nie spostrzegaliśmy nigdy wybitniejszych odczynów, ani ze strony narządu krążenia, ani innych ostrych ogólnych zaburzeń. Dość często występuje uczucie słonego smaku w ustach, połączone niekiedy z mdłością. Podmiotowo chore zachowują się wogóle spokojnie i już po kilkudziesięciu gramach krwi odczuwają ogromną ulgę w oddychaniu i samopoczuciu.

Przebieg dalszy był u wszystkich naszych chorych zadawalniający. Wyższych podniesień ciepłoty i to takich, któreby można związać napewno z przetoczeniem krwi nie spostrzegaliśmy nigdy. Również nie spostrzegaliśmy wyraźniejszego ograniczenia ilości moczu ani innych objawów uszkodzenia nerek. Chore wogóle szybko przychodziły do siebie. Odczynów miejscowych w żyłach nie spostrzegaliśmy. W jednym przypadku u położnicy dotkniętej mięśniakami macicy i niewydolnością mięśnia sercowego przyszło do zakrzepowego zapalenia obu żył udowych. Położnica ta zresztą wyratowana została przetoczeniem krwi z niezmiernie groźnego stanu.

Zbierając nasze doświadczenia z opisanym sposobem przetaczania krwi stwierdzić wypada:

1. Że wyniki są zasadniczo nie gorsze od wyników sposobu bezpośredniego.

2. Że jest to sposób niezwykle prosty, niewymagający kosztownych przyrządów i łatwy do przeprowadzenia nawet bez wyszkolonej asysty.

3. Że jednak warunkiem udania się przetaczania krwi jest dokładne i bezbłędne oznaczenie grupy krwi, a pozatem posiadanie na miejscu odpowiednich dawców.

Mówiąc o przetaczaniu krwi pośredniem, wypada jeszcze wspomnieć o przetaczaniu krwi przechowywanej. Co do tego sposobu nie mamy własnego doświadczenia, gdyż nasze potrzeby pokrywają wystarczająco właśni dawcy. Poprostu więc nie bylibyśmy zmuszeni nigdy uciekać się do tego trochę nieapetycznego sposobu, zwłaszcza gdyby chodziło o krew ze zwłok.

Wspomnieć dalej należy również o przetaczaniu krwi cytrynianowej sposobem kroplowym, polecanym zwłaszcza przez Mariotta i Mikulicz-Radeckiego. Zdaniem naszem sposób ten nadaje się jednak tylko w przypadkach przewlekłych. Sposób Mariotta wymaga oprócz tego podania ilości ogromnych, bo sięgających 5—6 litrów krwi, co pociąga za sobą konieczność opłacenia około 10 dawców.

Przeglądając piśmiennictwo z ostatnich lat dotyczące przetaczania krwi, stwierdzić trzeba, że ogólnie większość autorów rozporządzających wielkiemi zestawieniami przechodzi obecnie wyłącznie do przetaczania pośredniego krwi cytrynianowej.

Należy więc przyjąć, że sposób pośredni, upraszczając zabieg przetaczania krwi, daje wyniki jednakowo zadawalające, jak przetaczanie bezpośrednie.

Dr. Al. STEINHARDT. Przemyśl.

O leczeniu czerwonki.

Uwagi na temat pracy Doc. Dr. W. Lipińskiego: Nowe drogi w leczeniu czerwonki (P. G. L. Nr. 12. 1936).

Omawiając we wspomnianej wyżej pracy rozmaite sposoby dotychczasowego leczenia czerwonki oraz przytaczając swoje spostrzeżenia i doświadczenia, poczynione na materjale lwowskiego Oddziału Zakaźnego w ostatnich dwóch latach, a który wynosi około 500 przypadków, dochodzi autor do wniosku, iż dodatnie wyniki jego sposobu leczenia dietą jabłkową wystarczają do zalecenia tej metody. Autor nie omawia dokładnie zagadnienia z punktu widzenia bakterjologiczno-toksycznego, ani też konstytucjonalnego, poprzestając jedynie na oświetleniu wyników swych doświadczeń ze strony praktycznej.

Wobec tak poważnego zagadnienia, jakiem jest epidemja czerwonki nietylko podczas wojny, kiedy może się stać prawdziwą katastrofą, ale i w czasach pokojowych, wszelkie prace, zmierzające do jej ujarzmienia i ukrócenia, należy przyjąć z uznaniem. Każdy nowy sposób skutecznego leczenia czerwonki, każdy nowy środek leczniczy: chemiczny, szczepionkowy, dietetyczny, wszystko to wzbogaca arsenał leczniczy ; daje broń lekarzowi do zwycięskiej walki z wrogiem ludzkości. Dlatego należy przyjąć metodę leczenia czerwonki dietą jabłkową, wypróbowaną i zaleconą przez W. L. Znajdzie ona zapewne wielu naśladowców. Mimo to nasuwają się pewne zastrzeżenia przy dokładnem rozważaniu tego sposobu. Już sam fakt, że mechanizm leczniczego działania diety jabłkowej nie jest należycie wyświetlony, gdyż ani mała ilość garbnika (mniej niż w szklance herbaty) ani też przypuszczalna zmiana chemiczna błony śluzowej jelita grubego, a tem samem podłoża i flory bakteryjnej, nie daje dostatecznego i pewnego wytłumaczenia. Tyle ze strony teoretycznej. Ze strony praktycznej budzi niniejsze zagadnienie jeszcze więcej wątpliwości. Wszak sam autor wskazuje w swym artykule na doniosłość tego zagadnienia, szczególnie podczas wojny. Kto przebył wojnę jako lekarz, ten ma dostateczne doświadczenie w dziedzinie epidemji czerwonki, a niewątpliwie i... smutne przeżycia. Z całej grozy wojny — czerwonka i jej żniwo — zostawiły niezatartą pamięć o czemś potwornem, budzącem wstręt i strach wobec bezsilności lekarza i chorego. Jeśli nowy sposób leczenia czerwonki dietą jabłkową znajdzie zastosowanie, to stosować się to może jedynie do czasów pokojowych. Natomiast niepodobna przyjąć, żeby podczas wojny intendentura mogła dostarczyć armji wagonów jabłek w celach leczniczych. Są też i inne trudności, które sprawiają, że wobec zjawisk masowych, co szczególnie dotyczy wojny, sprawa leczenia dietą jabłkową staje się problematyczną. Przy tej okazji uważam za wskazane podzielić się swojem doświadczeniem, poczynionem z epidemją czerwonki zaraz na początku wojny światowej, w roku 1914.

Dnia 26 sierpnia 1914 otrzymałem rozkaz szefa sanitarnego AEK uruchomienia szpitala zakaźnego w Rozwadowie. Pojawiły się wówczas wśród żołnierzy, walczących pod Kraśnikiem, liczne wypadki czerwonki. W ciągu następnych kilku dni ilość chorych wzrosła z 16 wypadków do 200 i więcej. Już 3 września otrzymałem następny rozkaz utworzenia nowego szpitala zakaźnego w Racławicach, koło Niska nad Sanem, w opuszczonym pałacu, zwanym Seehof. Szpital ten był przeznaczony dla 80 chorych na czerwonkę. Ale już za kilka dni doszło do 350. Do obsługi tego wielkiego szpitala miałem tylko 8 żołnierzy-sanitarjuszy. Pomagały mi w mojej ciężkiej pracy 2—3 zakonnice z ochronki w Nisku oraz ksiądz Józef Grygiel, pełniący służbę kapelana wojskowego. Mimo próźb i ubiegań nie dostawałem od wojskowości żadnego prawie lekarstwa, z wyjątkiem wielkiej ilości oleju rycynowego i wina czerwonego. Moje doświadczenia nie polegały zatem na przemyślanym zgóry planie, uzasadnionym pewnemi naukowemi przesłankami, lecz były raczej wynikiem przypadku, wypływającego z nieładu cechującego stosunki w wojsku austrjackiem. Moi chorzy — a było ich około 2.000 — dostawali codziennie po kilka łyżek oleju rycynowego, 3 razy dziennie, rację wina czerwonego i zwykłe jedzenie, mniejwięcej lekko strawne. Nie dostawali mięsa, ani tłuszczu wieprzowego i t. d., jednak odżywienie było dobre i dostateczne. Unikałem zasadniczo tak zwanych ścisłych diet lub głodówek, natomiast uważałem, aby chorzy nie byli głodni. Ku mojemu wielkiemu zadowoleniu i niepomiernemu zdziwieniu spostrzegłem wkrótce, że ten sposób leczenia — z konieczności i przypadku wypływający — okazał się bardzo zadowalniający. Ilość stolców się zmniejszała, a ich śpoistość zwiększała się. Początkowa ogromna śmiertelność, bo dochodząca do 20%, spadła do 2%. Zakomunikowałem te wyniki szefowi sanitarnemu AEK prof. Dörrowi, który skrupulatnie notował wszelkie dane cyfrowe.

Od owego czasu leczę wszelkie zaburzenia przewodu pokarmowego, występujące pod postacią silnych rozwolnień, nawet nie natury czerwonkowej, jak np. przy ostrych nieżytach zakaźnych (w lecie), tak u dzieci, jak i u dorosłych, przez podawanie *ol. ricini,* nie zaniedbując jednak i innych środków leczniczych, zawsze z dobrym skutkiem. Moje w tym kierunku doświadczenia i dobre wyniki leczenia rycynusowego skłaniają mnie do wyrażenia *przypuszczenia, że olej rycynowy działa przy czerwonce w sposób swoisty!*

Ze względu na doniosłość omówionego zagadnienia dla ludności, szczególnie zaś dla naszej Armji, oraz z uwagi na postulat taniości i wygody przy leczeniu masowem olejem rycynowym, należałoby poświęcić więcej uwagi w przyszłości tej sprawie, szczególnie w szpitalach epidemicznych cywilnych i wojskowych.

Dr. Aleksander ZIENKIEWICZ. Włodzimierz.

Znieczulenie przy porodzie sposobem Gwathmeya.

Wszelki krzyk człowieka na ulicy wywołuje zbiegowisko i rozmaite komentarze; wszelki krzyk w szpitalu wywołuje najrozmaitsze refleksje u chorych, znajdujących się w sąsiednich salach, inne znowu o posługaczek i pielęgniarek. Krzyk na oddziale szpitalnym w nocy wywołuje niezadowolenie wśród chorych oraz nazajutrz skargi przed lekarzem na źle spędzoną noc.

Oddział położniczy, a szczególnie sala porodowa musi być bardziej izolowaną od reszty ubikacyj szpitalnych ze względu na krzyk położnic, a następnie noworodków. Krzyk położnic powstaje, jak zresztą każdemu wiadomo, wskutek bólów porodowych.

Zależnie od systemu nerwowego kobiety, reakcje na bóle porodowe są rozmaite. Dość znaczny odsetek kobiet tak się cicho zachowuje podczas porodu, że nie robią one wrażenia osób cierpiących. Spotyka się i takie kobiety, które wogóle nie wiedzą, co to jest ból porodowy.

Większy natomiast odsetek kobiet bardzo silnie cierpi, krzycząc niekiedy przeraźliwym głosem. Osoby takie błagają wszystkich około nich znajdujących się o pomoc. Do lekarza i położnej mają żal, że nie chce, czy nie może złagodzić jej cierpień.

Wiele osób wzdryga się na samo wspomnienie o przebytych cierpieniach i broni się wszelkiemi sposobami przed nową ciążą.

Inni znowu, w tej liczbie i lekarze uważają, że cierpienia te muszą być jako skutek grzechu pierworodnego, wobec czego kobiety muszą znosić bóle porodowe.

Uważam, że pomagając cierpiącej kobiecie nie będziemy w sprzeczności z Pismem Świętem, gdyż nie spotykamy tam zastrzeżeń na ten temat.

Pomimo wyżej opisanego poglądu istnieje cały szereg środków, uśmierzających bóle porodowe, dokładnie opracowanych przez Dr. Jerzego Perla (Ginekologja Polska. T. XIII).

W latach 1934 i 1935 przeprowadziłem na Oddziale Położniczym Szpitala Powiatowego we Włodzimierzu 50 porodów w znieczuleniu sposobem Gwathmeya, który polega na tem, że robimy najpierw zastrzyk 0,006 *Morphium muriat.* lepiej *Morph. sulfur.* w 50% rozczynie *Magn. sulfur.,* a następnie robimy lewatywę z mieszaniny *Chinin. hydrobr.* 0,6, *Spirit. vini rect.* 8,0, *Aeth. sulfur.* 75,0 i *Ol. olivarum ad* 120,0, po poprzedniem oczyszczeniu kiszki stolcowej.

Zachwycony pierwszemi wynikami, stosowałem znieczulenie w dalszym ciągu, oczywiście tylko tam, gdzie kobiety silnie cierpiały.

Dla ilustracji załączam 5 wyciągów z historyj chorób.

1. Dnia 26. XI. 1934 r. przybyła rodząca Sz. H., lat 24, pierwiastka. Wymiary miednicy 26, 29, 20, rozwarcie na 2 palce, zastrzyk 6,30, lewatywka 6,45. Po 10 minutach zasnęła. Sen bardzo głęboki, skurcze macicy bardzo dobre co 2—3 minuty. Urodziła o godzinie 10.50. Po porodzie spała około 3 godz., a po przebudzeniu się nic nie pamięta, chce tylko, aby w dalszym ciągu grali.

2. Dnia 14. II. 1935 r. skierowaną została do odbycia porodu więźniarka z miejscowego więzienia D. R., lat 38. Poród IX. Wymiary miednicy 26, 28, 19. Rozwarcie na 3 palce, zastrzyk 17,30, lewatywka 17,45. W kilka minut po lewatywie przestała krzyczeć, natomiast zaczęła mówić o tem, że świat jest taki piękny, życie takie cudne i tak dobrze jej się robi, jak nigdy w życiu. Macica pracuje bardzo dobrze, bóle co 2 minuty. Rodząca nie śpi, przytomna, ale nic nie czuje. W obawie przed bólami prosi o zrobienie zapasu lekarstwa, obiecując dużo pieniędzy. O godzinie 22 urodziła. Po przeniesieniu na salę spała 4 godziny. Na drugi dzień opowiadała, że nic nie pamięta, co się z nią działo.

3. Dnia 23. V. 1935 r. przybyła M. J., lat 28, poród V. Wymiary miednicy 26, 29, 20. Rozwarcie na 2 palce. Zastrzyk 18,15, lewatywa 18,30. W kilka minut po lewatywie zasnęła. Wymioty kilka razy. Skurcze macicy dobre. Urodziła o godzinie 20 podczas snu. Po porodzie spała nadal.

4. Dnia 8. XII. 1934 r. P. K., lat 29, pierwiastka. Wymiary miednicy 25, 28, 20. Rozwarcie na 2 palce. Zastrzyk o godzinie 11,15, lewatywa o 11.30. W kilka minut po zastrzyku zaczęła śpiewać i zasnęła. Spała do godziny 12,30. Przez ten czas spania wymioty były kilka razy. Macica pracuje bardzo dobrze. Rodząca zaczyna ponownie krzyczeć o godzinie 12,40. Następuje drugi zastrzyk, poczem spała do godziny 14,30 snem głębokim. Od godziny 15 robi się coraz przytomniejszą, mówi, że ją trochę tylko boli brzuch, jakby chciała na stolec. Urodziła o godz. 19. Podczas wywiązywania główki na pytanie co odczuwa, nie mogła dokładnie określić.

5. Dnia 14. III. 1935 r. M. B. Poród II. Wymiary miednicy 26, 29, 23. Rozwarcie na 3 palce. Zastrzyk o godzinie 2.15, lewatywa o 2,30. Nic nie spała. Cały czas bardzo przytomna. Bóle bardzo słabe, a wkońcu całkowicie ustały. Pituitryna. Bóle ponownie wzmogły się i położnica urodziła o godz. 12.

Znieczulenie sposobem Gwathmeya zastosowałem u 24 pierwiastek i 26 wieloródek. Znieczulenie przeciętnie trwało 3 godziny. Najdłuższe znieczulenie trwało 8 godzin i 30 minut.

13 osób wymiotowało słabo (1—2 razy) co stanowi	26%
8 osób wymiotowało silnie	16%
U 30 osób nastąpiła całkowita amnezja	60%
U 3 osób częściowa amnezja	6%
U 15 osób znieczulenie bólów przy świadomości	30%
U 2 osób znieczulenie nie działało wcale	4%
W 6 wypadkach trzeba było zastosować pituitrynę	12%
W 5 wypadkach zabiegi operacyjne spowodu nie postępowania porodu przy dobrem znieczuleniu.	

Pęknięć krocza nie było. Noworodki urodziły się wszystkie żywe, zdrowe bez zamartwicy, wogóle bez jakichkolwiek uchyleń od normy. Zwijanie się macicy odbywało się zupełnie normalnie. Stolce najczęściej samodzielne na drugi dzień po porodzie. W jednym tylko wypadku wystąpiło podrażnienie kiszki stolcowej, które trwało jeden dzień.

Z powyższego zestawienia wynika, że znieczulenie sposobem Gwathmeya występuje w 96% całkowicie, lub częściowo, a tylko w 4% zawiodło.

Nieprzyjemnym objawem są wymioty, które wystąpiły w 42%, czyli prawie u połowy rodzących, prawdą jest, że u 26% wymioty były słabe (1—2 razy). Wszystkie rodzące trzeba bardzo pilnować ze względu na możliwość wymiotów, pozatem mogą spaść z łóżka.

Znieczulać sposobem Gwathmeya nie można od samego początku porodu, gdyż działa przeciętnie 3 godziny.

Podczas badania rodzącej zwracać trzeba uwagę na rozciągliwość szyjki macicznej, a mianowicie, o ile stwierdzimy, że szyjka maciczna jest miękka i lekko rozciąga się i że poród będzie szybko postępować, wówczas trzeba się spieszyć z daniem lewatywki, w przeciwnym razie trzeba zaczekać do większego rozwarcia. Wprowadzając morfinę, aczkolwiek w małej dawce nie wiemy jak chora będzie reagować na nią, u jednych występuje długi i głęboki sen, a u innych znowu wymioty i tylko nieznaczne zamroczenie. W równej mierze dotyczy to eteru.

Dla potatorek dawka 75,0 jest zbyt mała i nie następuje amnezja nawet w połączeniu z morfiną.

Zaznaczyć jeszcze muszę, że w miejscu ukłucia występuje silne opuchnięcie (działanie *Mag. sulfur.* — na tkankę łączną), które znowu szybko ustępuje bez jakichkolwiek komplikacyj.

Moc sposobów i moc dobrych i niezawodnych środków dla osiągnięcia znieczulenia podczas porodu wskazuje tylko na to, że niema idealnego, bo wówczas byłby tylko ten jeden. W każdymbądź razie sposób Gwathmeya jest prosty w użyciu i nie powoduje żadnych komplikacyj tak u matki, jak i u dziecka, przeto może być polecony tam, gdzie chcemy ulżyć cierpieniom rodzącej.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Z. 8. 1936. Lakner L.: Wpływ pierwszego ząbkowania na ustrój dziecięcy. — Tomaszewski W.: Wpływ krwawień i wlewań dożylnych na układ krążenia. — Wołkowyski N.: O torbielach środkowych szyi. — Radzymiński A.: Znieczulenie miejscowe polocainą w ryno-laryngologji.

Lekarz Wojskowy. T. XXVII. Nr. 6. 1936. Sawicz Wł.: Wzrost, a przydatność do zawodu pilota. — Pol Wł.: Wyniki porównawczych badań przy wykrywaniu ukrytych zezów na przyrządzie Maddoxa i na dyploskopie Armbrustera. — Dybowski Wł.: Wpływ szybkości i jej zmian na organizm lotnika. — Macewicz P.: Wypadki lotnicze w świetle liczb. — Ksieniewicz W.: W sprawie choroby Perthesa. — Santarius K.: Zwalczanie niedrożności porażennej jelit.

Gruźlica. Nr. 1. 1936. Piasecka-Zeyland E. i Danielewska R.: Dalsze wyniki określania typu prątków gruźliczych u ludzi. — Berlin N.: Schizofrenja i gruźlica. — Bloch M.: Objaw kruczenia na klatce piersiowej. — Rożnowska H.: Rozwój gruźlicy płuc u chorych z rozległemi zwapnieniami. — Szour M. i Berman R.: W sprawie zagadnienia skrobiawicy nerek w przebiegu chorób płucnych. — Stopczyk J. i Werkenthin M.: Przetoka oskrzelowa w ropniu opadowym w przebiegu gruźlicy kręgów szyjno-grzbietowych. — Ostrowski Wł.: Leczenie operacyjne ropni płuc. — Kamsler A.: Nowa igła do odmy samoistnej.

Wiedza Lekarska. Z. IV. 1936. Peter J.: Doświadczenia i wyniki własne z laprophosem w chirurgji jamy brzusznej w porównaniu z innemi. — Reicher E.: Choroba Scheuermanna.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 16. 1936.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 17. 1936.

Doraźna Pomoc Lekarska. Nr. 3. 1936. Wąsowski St.: O odmrożeniu.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 16. 1936. Borkowski I.: Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego u osobników w wieku podeszłym. — Glass B.: Przyczynek do mechanizmu działania wyrwania nerwu przeponowego. — Mościsker E.: Zastosowanie ćwiczeń udarowych Fröschelsa w przypadku zaburzenia głosu na tle mutacji. — Mirabel J.: Walka społeczna z gruźlicą — jej blaski i cienie.

Przegląd Trachomatologji i Okulistyki Społecznej. Nr. 1. 1936. Markiewicz S.: W sprawie leczenia łuszczki jagliczej. — Zachert M.: Zwalczanie jaglicy w szkołach.

Medycyna Doświadczalna i Społeczna. T. XX. Z. 5—6. 1936. Sulimski R.: Zapalenie mózgowia zimnicze w naszym klimacie. — Hirszfeld L.: O określaniu odporności w chorobach cywilizacyjnych, specjalnie w błonicy. — Hirszfeld L. i Halberówna W.: Serologja tkanek patologicznych. — Legeżyński S.: Badania nad odpornością przy wściekliźnie. — Amzelówna R.: Odczyn Wassermanna w zimnicy. — Kraushar-Taubenfeldowa T.: O odczynie Henry'ego w zimnicy i w durze plamistym. — Halberówna W. i Milińska-Szwojnicka Z.: O wpływie temperatury na wynik odczynów serodiagnostycznych w kile. — Słomczyński S.: Leczenie porażenia postępującego Sodoku. — Przesmycki F.: Biologja maczugowców błoniczych. — Seydel J.: Biologja i morfologja maczugowców błoniczych typu gravis, mitis i intermedius. — Goliborska T.: Porównanie zjadliwości szczepów błoniczych typu gravis i mitis. — Żurkowski J.: Maczugowce błonicze z materjału klinicznego łódzkiego w hodowlach na podłożach Clauberga. — Żurkowski J.: Względność pojęcia własności biologicznych zarazka. — Appermanówna K.: Wartość pożywki Costy-Lipińskiego na podstawie badań lwowskiego oddziału zakaźnego. — Sulimski R.: O strzępkach pierwotnych. — Zajdlówna R.: Badania porównawcze nad anatoksynami błoniczemi o różnej zawieszalności. — Kłobukowska M. i Szenajch Wł.: Czy przebieg kliniczny błonicy zgadza się z typem maczugowca błoniczego. — Lipiński W.: Klinika błonicy w ostatniem 10-leciu. — Mazurek Wł. i Szenajch Wł.: Kliniczny przebieg błonicy u dzieci szczepionych ochronnie anatoksyną błoniczą. — Owczarewicz L.: Bakterjologja zakażeń przyrannych. — Ławrynowicz A.: Biologja i systematyka beztlenowców. — Ławrynowicz A.: Dotychczasowe próby klasyfikacji beztlenowców. — Bohdanowiczówna Z. i Ławrynowicz: W sprawie metod hodowania i różniczkowania beztlenowców. — Sulimski R.: Biologja i systematyka beztlenowców. Fakultatywność anaerobiotyczna u beztlenowców niezarodnikujących na przykładzie pałeczek wrzecionowatych. — Celarek J.: Surowice przeciw zgorzeli gazowej. — Stetkiewicz St.: Miareczkowanie surowicy i toksyny histolyticus. — Brokman H., Brill J. i Frendzel J.: Próba wiązania dopełniacza w chorobie Bouillaud (reumatyzm) z antygenem BBF. — Michniewiczówna L.: Wtręty w nabłonku spojówki. — Ber A.: Badanie krwi u zakażonych świnek morskich, a patogeneza choroby Banga. — Zabłocki B. i Morzycki J.: Badania nad właściwościami chemicznemi toksyny, otrzymanej z pałeczek durowych. — Amzelówna R.: O istocie zróżnicowania serologicznego w obrębie grupy Salmonella. — Jakóbkiewicz J.:

Badania nad zjadliwością i toksycznością szczepów pałeczek okrężnicy. — Lipska I.: Bakterje i bakterjofagi okrężnicowe u osesków. — Wiza J.: Spostrzeżenia nad wyosobnianiem pałeczek duru brzusznego z kału. — Kuryłowicz W.: O zachowaniu się pałeczki durowej na pożywkach Müller-Kauffmanna i Schustowej. — Fejgin B.: O własnościach hemolitycznych i zdolności kłaczkowania z surowicą swoistą przesączów pałeczki odmieńca HX_{19}. — Makower H. i Goldberżanka Fr.: O szybkich metodach aglutynacyjnych (ze szczególnem uwzględnieniem odczynu Widala). — Stryjecki T.: O częstości występowania dodatniego odczynu Widala. — Kühn W.: Badania nad otrzymaniem toksyny i anatoksyny czerwonkowej, miareczkowanie ich, oraz uodparnianie anatoksyną czerwonkową zwierząt doświadczalnych. — Morzycki J. i Zabłocki B.: Toksyna czerwonkowa otrzymana metodą wielokrotnego zamrażania. — Lipiński W.: Nowe drogi w leczeniu czerwonki. — Stetkiewicz S.: Oczyszczanie i koncentracja toksyny i anatoksyny tężcowej zapomocą ultrafiltracji. — Zwierz J.: Badania nad zarazkiem duru osutkowego u szczurów dzikich. — Anigstein L.: Próby uodparniania przeciwko durowi plamistemu zarazkiem żywym. — Prażmowski W.: Odczyn Weil-Felixa na dur plamisty. — Hetman A.: Dur plamisty na Wileńszczyźnie.

OCENY.

Zarys Klimatologji Lekarskiej. Część I i II. L. KORCZYŃSKI Kraków.

Część I pojawiła się jeszcze w roku 1933. Stanowi ona bardzo obszerne i wyczerpujące wprowadzenie w podstawy klimatologji, konieczne dla objęcia całokształtu czynników klimatologicznych, stanowiących istotę klimatoterapji. Autor zapoznaje nas tu naprzód z fizyką klimatu, a więc po podaniu definicji troposfery i stratosfery, omawia kolejno dokładnie skład powietrza, znaczenie energji cieplnej słońca dla atmosfery i warunki normujące ciepłotę powietrza, chemiczną i biochemiczną siłę promieniowania słonecznego; nie zapomina również o promieniach kosmicznych, których wpływowi podlega życie organiczne na ziemi, a które stają się przedmiotem coraz większego zainteresowania w ostatnich czasach ze względu na coraz częstsze wyprawy do stratosfery. Następne etapy, zapoznające nas z fizyką klimatu, sfery i stratosfery, omawia kolejno dokładnie skład powietrza, a więc wiatrów, wilgotności powietrza oraz opadów atmosferycznych. Wreszcie zapoznajemy się z wpływem ziemskich czynników na kształtowanie się zjawisk meteorologicznych, a więc z rolą mórz, wód lądowych stojących i płynących, lądu stałego w zależności od położenia nad poziomem morza, roślinności, ziewów radowych i zapyleń powietrza. Drugi dział pierwszej części stanowi biodynamika czynników klimatologicznych, mająca już bezpośredni związek z lekarską stroną klimatologji. Autor podkreśla tu na wstępie ważność warsztatów naukowych, któreby względem klimatologji lekarskiej odgrywały taką rolę, jak spostrzegalnie meteorologiczne dla klimatologji fizycznej. Niepodobna nawet w najdalej posuniętym skrócie przedstawić w ramach oceny tego olbrzymiego mnóstwa problemów, zajmujących się wpływem czynników biodynamiczno-klimatycznych na wszelkie przejawy życiowe ustroju ludzkiego; ograniczę się wobec tego jedynie do zaznaczenia, że autor, przedstawiwszy naprzód biodynamikę poszczególnych składników powietrza, zajmuje się następnie biodynamiką ciśnienia powietrza, wiatru i wogóle wędrownych mas powietrza, biodynamiką pary wodnej i jej skropleń, biodynamiką powietrza jako środowiska cieplnego, biodynamiką promieniowania słonecznego i wreszcie biodynamiką jonów elektrycznych i naładowań atmosfery. Już to suche wyliczenie daje pojęcie o szerokiem ujęciu przez autora całokształtu biodynamiki czynników klimatycznych, t. j. sumy tych czynników, które, jak dotąd, stanowczo za mało znajdują uwzględnienia w nauce lekarskiej.

II część, która wyszła z druku w b. r., ma za przedmiot podział i geografję klimatu, charakterystykę właściwości fizycznych i biodynamicznych najważniejszych typów klimatu, jak również wskazania do klimatoterapji. Osobny obszerny dział zajmuje tu charakterystyka i geografja klimatu na ziemiach polskich. Podział typów klimatu, jakim posługuje się autor, uwzględnia najnowsze zdobycze klimatologji, a więc opiera się zasadniczo na momencie fizyczno-geograficznym, lecz uwzględnia właśnie czynniki biodynamiczne; wobec tego posługuje się autor podziałem typów klimatu na dwie zasadnicze grupy, mianowicie na „grupę typów z wybitną przewagą czynników drażniących i na grupę typów tego rodzaju środowisk, że przebywanie w nich łączy się z oszczędzaniem sił biologicznych". Podobnie, jak co do czynników klimatologiczno-biodynamicznych omawianych w pierwszej części, taksamo i tutaj niepodobieństwem jest przedstawić w granicach oceny poszczególnych poddziałów obu wymienionych zasadniczych grup klimatycznych, jakie kolejno rozwija przed nami autor, uwzględniając równocześnie w najszerszej mierze wpływ najrozmaitszych klimatów na wszelkie przejawy życiowe organizmu oraz ujmując krytycznie wskazania lekarskie dla leczenia w danym klimacie. Zapoznajemy się tedy z cechami klimatu górskiego, pustynnego, stepowego, leśnego, morskiego i wreszcie tropikalnego oraz polarnego, poznajemy wpływ tych klimatów na ustrój i ich właściwości lecznicze.

Dla piszącego ocenę Klimatologji Korczyńskiego jest tu bardzo wdzięczne zadanie. Przedewszystkiem bowiem należy stwierdzić, że dwutomowy podręcznik Korczyńskiego, obejmujący prawie 900 stron tekstu, nietylko wypełnia bardzo przykrą, prawie kompromitującą lukę w polskiem piśmiennictwie lekarskiem, lecz właściwie stwarza coś, czego dotychczas to piśmiennictwo nie posiadało, a co było konieczne ze względu na to, że nie brak nam chyba w Polsce warunków do klimatoterapji. Dalszą zasadniczą zaletą „Klimatologji", to okoliczność, że poza podaniem całokształtu tego tematu uwzględnia ona w jaknajszerszym zakresie polską klimatologję. Dalszą dodatnią stroną dzieła Korczyńskiego, to ogromna wprost ilość tablic i wykresów, ułatwiających dokładne zapoznanie się z każdym omawianym przez niego działem. Przystępny sposób omawiania tematu, oraz gładki potoczysty styl są dalszą okrasą Klimatologji. Szerokie, zużytkowujące wszystkie najnowsze zdobycze naukowe ujęcie tematu, wybiega daleko poza granice „zarysu" i „próby opracowania klimatologji lekarskiej", jak zbyt skromnie określił Korczyński swój podręcznik, który stanowi rzetelne wzbogacenie polskiej literatury lekarskiej, za które należy się autorowi szczere uznanie i wdzięczność ze strony kół lekarskich.

Wydanie drugiej części „Zarysu Klimatologji Lekarskiej" zbiega się z momentem, który stanowić będzie przełom dla polskiej klimatologji i balneologji, mianowicie zbiega się z momentem rozpoczęcia budowy Instytutu Balneologicznego w Krakowie. Inicjatorem tego czynu, tym, który mrówczą pracą i zapobiegliwością, niezrażony tysiącem przeciwności, doprowadził do tego, że dziś polska balneologja ma znaleźć własne ognisko, jest profesor Korczyński. Na tem miejscu, — a sądzę, że pod tym względem nie będę odosobniony, lecz będę, jakkolwiek o to nieproszony, wyrazem stanowiska całego społeczeństwa lekarskiego, — pozwolę sobie złożyć pod adresem prof. Korczyńskiego jaknajszczersze życzenia, by Instytut Balneologiczny, tak jako owoc Jego pracy, jak i jako czynnik wprowadzający polską balneologję na nowe tory, — znalazł się jaknajrychlej pod dachem.

Prof. Dr. Tadeusz Tempka (Kraków).

L'immunité au cours de la tuberculose. (Odporność w przebiegu gruźlicy). J. PARAF. Masson et Cie. Paryż 1936.

Jako jedno z wydawnictw zajmującej „Bibljoteki fizjologicznej" opuściła ostatnio prasę praca ucznia Prof. Bernarda, J. Parafa, o odporności w gruźlicy.

Autor po krótkim wstępie, w którym ustala pojęcie odporności naturalnej i swoistej oraz odporności na zakażenia dodatkowe w gruźlicy, zajmuje się w pierwszym rozdziale odpornością w gruźlicy doświadczalnej, wychodząc z podstawowego doświadczenia Kocha. W następnym ustępie przedstawia zapatrywania na stosunek alergji do odporności; autor uważa, że alergja ma znaczenie jako dodatkowy czynnik wspomagający odporność naturalną i nabytą.

Rozdział III jest poświęcony bakterjolizie prątka gruźliczego w ustroju zwierzęcym i jego roli w walce ustroju z zarazkiem.

W ustępie o odporności w przebiegu gruźlicy u ludzi, wychodzi P. z założenia, że prawo Marfana, o uodparniającym wpływie przebytego umiejscowionego schorzenia gruźliczego zwłaszcza w dzieciństwie, jeśli chodzi o ochronę przed wystąpieniem rozwiniętych postaci gruźlicy płuc, jest ogólnie przyjęte. Nie zgadza się jednak z takiem ujęciem sprawy w przedmowie do omawianego dzieła Prof. Bezançon.

W dalszym ciągu przedstawia autor częstość zakażeń gruźliczych u dzieci i dorosłych na podstawie obcych statystyk. Nie umieszcza jednak ogłoszonych niedawno, a przecież bardzo godnych uwagi zestawień badaczy francuskich i amerykańskich, którzy wykazali znaczne zmniejszanie się procentu dodatnich odczynów tuberkulinowych, w porównaniu z badaniami z lat poprzednich. W materjale przebadanym przez autora, a obejmującym 46 dzieci w wieku 3—16 lat ze sfer zamożnych w Paryżu, jedynie 12% reagowało na tuberkulinę.

Zajmujące są ustępy o odczynach odpornościowych w przebiegu gruźlicy, o odporności i dziedziczności, w których autor zajmuje się również gruźlicą u żydów.

Wkońcu omawia autor podstawy sztucznego uodporniania w gruźlicy. W sprawie szczepień BCG wypowiada się bardzo powściągliwie. Zwraca uwagę na liczne obserwacje dzieci, szczepionych należycie i odosobnionych potem przez wystarczająco długi okres czasu, które jednak zachorowały na gruźlicę, nawet ciężką. Ostatecznie przyjmuje, że jeżeli BCG chroni przed zakażeniem przypadkowem i niezbyt obfitem, to wpływ uodparniający przy zakażeniach stałych i wielkiemi dawkami, jak to się dzieje w wypadku, gdy ojciec lub matka dziecka są chorzy na gruźlicę, jest niepewny. Stanowisko autora jest bardzo charakterystyczne i warto, by się z niem zapoznali entuzjaści metody szczepień ochronnych, gdyż trudno posądzić Parafa o uprzedzenie dla metody, którą Francuzi uważali dotychczas za najlepszy środek ochronny przed zakażeniem gruźliczem w wieku dziecięcym.

W ostatnim ustępie zajmuje się autor próbami zastosowania w celach leczniczych produktów, otrzymanych z prątków gruźliczych, a więc tuberkulinoterapją, oraz nowszemi badaniami w kierunku zastosowania w tym celu szczepu BCG.

Ze względu na krytycyzm autora i dość szerokie uwzględnienie wszechświatowej literatury, oczywiście poza francuską, omawianego tematu, praca zasługuje na zaznajomienie się z nią świata lekarskiego.

St. Hornung (Lwów).

Febris rheumatica. GUNNAR EDSTROEM. Nakładem A. B. Gleerupska Universitets-Bokhandeln Lund-Szwecja 1935. Str. 317.

Piśmiennictwo o gośćcu wzrasta bardzo szybko, pojawiają się ciągle prace anatomo-patologiczne jakoteż i kliniczne; ta praca jest jednak zgoła odrębną — jest to studjum głównie epidemjologiczne, a w mniejszym zakresie kliniczno-statystyczne. Autor czerpał materjał z Kliniki Medycznej w Lund za lata 1911—1933. Wszyscy pacjenci, lub ich historje chorób, którzy pozostawali w leczeniu spowodu *Polyarthritis rheum. ac.*, nazwanego w ostatnich 2 latach *Febris rheumatica* poddani zostali badaniu statystycznemu. Było tych pacjentów 913, z tego autor uwzględnia 850, a z tych 502 zostało w ostatnim roku powtórnie klinicznie przebadanych. Na podstawie bardzo sumiennie opracowanego tego pokaźnie liczbowo przedstawiającego się materjału, autor doszedł do bardzo zajmujących wniosków, z których najważniejsze są następujące: dane porównawcze ze wszystkich szpitali i klinik Szwecji za lata 1930—1934 wykazały znacznie większą liczbę chorych na ostry gościec w okolicach bardziej wilgotnych o klimacie morskim, aniżeli w okolicach suchych, zbliżonych do klimatu kontynentalnego; liczba chorych na ostry gościec wynosiła w Szwecji w ostatniem dziesięcioleciu 10—12 tysięcy przypadków rocznie. Częstość ostrego gośćca w Szwecji wykazywała w pewnych latach nasilenia szczytowe, w innych zaś pewne minimum. Najliczniejsze są schorzenia w miesiącach zimowych, najrzadsze w późnem lecie i w jesieni. Z pacjentów, leczonych w Klinice Medycznej w Lund w latach 1911—1933 41% wykazywało bezpośrednio przed wystąpieniem ostrego gośćca *tonsillitis ac.*, 24% ostre schorzenia zakaźne w zakresie jamy nosowo-gardzielowej, krtani i uszu, a w 29% brak było prodromalnego stanu infekcyjnego. Z 694 powtórnie przebadanych przez autora pacjentów w 21% stwierdził istnienie przewlekłego zapalenia stawów, w 11% znaczne upośledzenie możności zarobkowej, w 60% organiczne schorzenia serca. W latach 1911—1933 leczonych było w Klinice Medycznej w Lund 298 przypadków ostrego zapalenia osierdzia z czego w 24 przypadkach istniało równocześnie ostre zapalenie stawów, a z 850 pacjentów 85 to jest 10% wykazywało klinicznie lub anatomo-patologicznie zapalenia osierdzia, zaś w 4.5% zapalenie opłucnej. Z 36 przypadków sekcyjnie badanych chorych zmarłych spowodu schorzenia gośćcowego w 55% stwierdzono zmiany opłucnowe i w 39% zmiany osierdziowe i opłucnowe. Z 850 pacjentów 5,7% wykazywało rumień guzowaty. Śmiertelność spowodu schorzenia gośćcowego wynosiła 25%, przyczem śmiertelność była tem wyższa, im młodszy był osobnik, który zapadł na ostry gościec. 7% powtórnie przebadanych pacjentów zostało inwalidami bądźto spowodu niedomogi serca, bądźto spowodu przewlekłego zapalenia stawów. Wcześniejsze lub istniejące objawy gruźlicy były wśród powtórnie przebadanych pacjentów bardzo rzadkie (11 przypadków na 694 pacjentów).

Książka wydana bardzo starannie, opatrzona licznemi, przejrzystemi tabelami i wykresami, zawiera bogate piśmiennictwo.

Mester (Kraków).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologja.

Zawartość tłuszczu obojętnego, ciał tłuszczowatych i cholesterolu w nerwach. JORDAN, RANDALL i BLOOR. I. doniesienie: Arch. of int. Med. 55, 26, 1935. II. doniesienie: tamże, 57, 414, 1936.

Analiza chemiczna różnych nerwów *(femoral., tibial., pelvic., peroneal.)*, wyjętych podczas sekcji lub po amputacji kończyn wykazała:

1) u ludzi normalnych (średnie z 9 analiz): 8,35% tłuszczu obojętnego, 4,40% fosfolipidów, 1,36% cholesterolu i 1,73% cerebrozydów; w innej serji (23 analizy): 8,48% tłuszczu obojętnego, 4.54% fosfolipidów, 1,49% cholesterolu i 1,61% cerebrozydów (liczone w % świeżej wagi tkanki);

2) w przypadkach *diabetes mellitus* (średnie z 27 analiz) niższa zawartość ciał tłuszczowatych i sterolu i to niezależnie od *neuritis:* 13,84% tłuszczu oboj., 1,49% fosfolipidów, 0,59% cholesterolu i 0,83% cerebrozydów. Wynik bardzo interesujący, szczególnie w porównaniu ze zmianami w zawartości lipidów i sterolów, jakie zachodzą w tkance naczyniowej w przebiegu cukrzycy.

T. Mn. (Cambridge).

Badanie chemiczne tkanek w przypadku ostrego zatrucia sublimatem. SOLLMANN i SCHREIBER. Arch. of int. Med. 57, 46, 1936.

Największa ilość rtęci w nerkach (3,8 mg%), 2/3 tego stężenia we wątrobie, 1/7 w śledzionie, 1/9 w jelicie, 1/15 w mięśniu sercowym i mięśniach szkieletowych, 1/27 w mózgu. Poziom Hg we krwi: od 0,015 do 0,12 mg%; wyższy poziom w żółci.

T. Mn. (Cambridge).

Nieodpowiednia woda jako przyczyna reakcyj alergicznych po wstrzykiwaniach dożylnych. E. SZTIWEL. Wracz. Dieło. Nr. 12. 1935.

Częstem powikłaniem po zastrzykach dożylnych są dreszcze, występuje w 10—15 min. po zastrzyku, wysoka ciepłota i szereg zaburzeń wazomotorycznych jak: obrzęk twarzy i pokrzywka. Wspomniane powikłania są następstwem reakcji alergicznej organizmu i przypominają wstrząs anafilaktyczny. Rodzaj i jakość preparatu, technika wstrzykiwania i mikroorganizmy prawie nigdy nie są przyczyną tego powikłania.

Badania autora wykazały, że przyczyną tych krótkotrwałych i nieprzedstawiających większego niebezpieczeństwa powikłań jest nieodpowiednia woda, użyta jako rozpuszczalnik do wstrzykiwań. Woda ta zanieczyszczona jest ciałami organicznemi i solami różnego pochodzenia, które mają charakter alergenów. Autor wykonał 124 próby wody destylowanej, otrzymanej z różnych aptek i laboratorjów m. Baku, przyczem okazało się, że w 94 przypadkach woda była nieodpowiednia, gdyż zawierała domieszki organiczne i nieorganiczne.

Tylko *aqu. bidestillata* odpowiada warunkom ostatniej farmakopei sowieckiej.

M. Segal (Lwów).

W sprawie niedomogi krążenia w czasie i po operacji w znieczuleniu lędźwiowem. E. PREISSECKER. Zbl. f. Gyn. Nr. 31. 1935.

Zapaści po znieczuleniu lędźwiowem (z. l.) zdarzają się dość często i to bezpośrednio po znieczuleniu, po kilku godzinach lub dniach pomimo starannego badania serca przed operacją. Dokładne badanie sekcyjne nielicznych przypadków śmiertelnych stanowiło zawsze niespodziankę: nie znajdowano żadnego objawu patologicznego, któryby tłumaczył przyczynę zejścia śmiertelnego w zapaści pooperacyjnej. W podobnych przypadkach jako przyczynę zejścia śmiertelnego uważa się z. l. Autor usiłuje wyświetlić patogenezę tego zjawiska na podstawie najnowszych poglądów i obserwacyj własnych.

Eppinger, v. Bergmann i inni zwrócili uwagę na znaczenie t. zw. „serca obwodowego". Umiemy badać serce drogą perkusji, auskultacji i różnych metod fizykalnych, nie mamy jednak sposobu, któryby umożliwił zbadanie serca obwodowego w taki sam pewny sposób — a to właśnie jest najważniejsze przy z. l.

Wstrząs występujący po z. l. zależy od zmiany w rozmieszczeniu krwi, ze spadkiem ciśnienia i t. p.następstwami, które jednak mogą być szybko wyrównane przy zachowanej zdolności regulacyjnej obwodowego układu naczyniowego.

Najczęstszą przyczyną zapaści po z. l. jest porażenie ośrodka oddechowego, powstające dzięki ogólnej zwiększonej przepuszczalności błon komórkowych, wskutek czego trucizna łatwiej dostaje się do krwiobiegu i z prądem krwi do ośrodka oddechowego.

Zwróciło jednak uwagę autora, że w poszczególnych przypadkach wystąpiły objawy wyraźnego wstrząsu naczyniowego przy braku wyraźniejszych zaburzeń oddechowych. Powstanie obwodowego wstrząsu naczyniowego po z. l. tłumaczy autor istnieniem stanu alergicznego, który cechuje gotowość do zapaści w zakresie serca obwodowego.

Alergja powstaje na tle uczulenia organizmu u tych kobiet, które przed operacją przechodziły gorączkowe sprawy zapalne narządu rodnego, połączone z długotrwałym rozpadem białka, u kobiet z nowotworami lub krwawiącemi mięśniakami. Z. l. które u osobników normalnych jest zabiegiem stosunkowo niewinnym — u takich pacjentek może spowodować zapaść podobną do wstrząsu anafilaktycznego z bladością, sinicą, spadkiem ciśnienia, potami, niekiedy dusznością, słabo wyczuwalnem bardzo zwolnionem tętnem. Nie znamy jednak dotychczas cech, któreby wskazywały na utajoną gotowość do zapaści *(Kollapsbereitschaft)* obwodowego układu krążenia.

Z powyższych rozważań dochodzi autor do następujących wniosków praktycznych: przygotowanie do operacji przez podawanie naparstnicy jest bezcelowe; przygotowanie serca centralnego nie zapobiega zapaści „serca obwodowego", tem mniej przy pomocy chętnie stosowanych homeopatycznych dawek naparstnicy. Podawanie tyreoidyny przed operacją również nie prowadzi do celu: hormon tarczycy zwiększa wprawdzie szybkość krążenia krwi, zanim jednak przyjdzie do tego upływa 10—14 dni, pomijając tę okoliczność, że nie jest korzystną powstająca tachykardja ze zwiększoną objętością minutową serca. Cała uwaga winna być skierowana na wzmocnienie obwodowego układu krążenia przez podawanie środków tonizujących ten układ.

Podawanie adrenaliny zostało zaniechane, gdyż działanie adrenaliny jest wprawdzie błyskawicznie szybkie, jednak tylko przemijające. Działaniem bardziej trwałem oznaczają się efedryna, efetonina, sympatol lub koramina, kardiazol, ikoral. Szczególnie zalecany jest sympatol. Pozatem profilaktycznie należy unikać przed operacją stosowania terapji proteinowej, jako zwiększającej skłonność do zapaści, nie nadużywać alkaloidów.

Na gładki przebieg pooperacyjny nie bez wpływu pozostaje operowanie w warunkach jałowych, preparowanie tkanek na ostro, warstwowo, podczas gdy miażdżenie i „dłubanie", nakładanie dużej ilości podwiązek ułatwia powstanie krwiaków i przyczynia się do wzmożonego rozpadu białka a tem samem do zapaści układu naczyniowego w myśl wyżej uzasadnionych zapatrywań.

Wreszcie jeżeli chodzi o zaburzenia w układzie naczyniowym nie jest sprawą najważniejszą wypełnienie układu naczyniowego płynem fizjologicznym lub glukozą, czy też zapomocą transfuzji. Bardziej celowem jest uruchomienie znacznych ilości krwi zalegającej w większych zbiornikach i doprowadzenie tej krwi do wtórnie porażonego serca; najskuteczniej w tym wypadku działają współczesne środki naczyniowe, ale stosowane w dostatecznie dużych ilościach. *M. Segal* (Lwów).

Moje doświadczenia z Phytiną „Ciba". LEO WOLFER. Wien. Med. Woch. Nr. 2. 1933.

Cały szereg zaburzeń czynnościowych układu nerwowego, zwłaszcza występujących w okresie dojrzewania i przekwitania wymaga niezależnie od uregulowania warunków życia także podawania środków leczniczych. Phytina pod tym względem oddawała znakomite usługi.

W liczbie przypadków, leczonych Phytiną znajduje się wiele chłopców i dziewcząt, niemogących podążać za postępami w szkole. Objaw ten trafia się często, szczególnie w latach dojrzewania płciowego, w których odpada u młodzieży chęć i zdolność do pracy umysłowej. Już po upływie kilku tygodni leczenia Phytina sprawiła autorowi wiele miłych niespodzianek.

Niemniej korzystne wyniki osiągnięte były u kobiet w okresie przekwitania, w którym niezwykle często występuje zły humor, depresyjne stany, skłonność do rozdrażnień i upadek ducha wraz z uczuciem niezadowolenia. W takich przypadkach podawano chętnie Phytinę w zestawieniu z jednym z przetworów jajnikowych. Sama Phytina nigdy nie zawodziła oczekiwań, nawet w czasie wyczerpania wydzielania wewnętrznego. Nadzwyczajne skutki po Phytinie obserwowano u duchowo wyczerpanych osobników.

Autor leczył Phytiną cały szereg nauczycieli, u których na schyłku roku szkolnego wskutek wyczerpania zaczęły występować objawy nerwicy. We wszystkich przypadkach zdołał on zachować ich sprawność na właściwym poziomie aż do czasu rozpoczęcia okresu wywczasów wakacyjnych.

W pewnym przypadku urazu czaszki, pomimo nieobecności objawów ze strony mózgu wystąpiły po kilku miesiącach silne bóle głowy, uczucie lęku, trudności w rachowaniu i upadek chęci twórczej. Już po kilku tygodniach Phytina sprowadziła znakomitą poprawę stanu ogólnego. W chorobach umysłowych autor w czasie zdrowienia równie chętnie i często z dobrym skutkiem stosował Phytinę.

Fr. Sienicki (Warszawa).

Patologja.

O rzekomych sprzecznościach między wynikami badań radjologicznych i klinicznych. J. KOCHANOWSKI. Medycyna. Nr. 5. Str. 121. 1936.

Radjodiagnostyka — będąca taką samą metodą jak inne — wymaga przedewszystkiem wszechstronnej orjentacji ze strony lekarza we wszystkich danych, dostarczonych przez klinikę. Interpretacja obrazów radjologicznych bez jej znajomości jest nieuzasadniona i błędna. Obrazy bowiem rentgenowskie rzadko są patognomoniczne same przez się, lekarz mając kilka możliwości do ich wytłómaczenia — tylko pod warunkiem dokładnej orjentacji w danych klinicznych, wybierze rozpoznanie najwłaściwsze.

St. Malczyński (Lwów).

Przyczynek ze stanowiska społecznego do zagadnienia cukrzycy na podstawie 1142 klinicznych przypadków. J. BENEDICT i S. KEMENY. Wiener Arch. f. inn. Med. T. 28. Z. 1. Str. 87. 1935.

W 10-letnim materjale chorych na cukrzycę, obserwowanych i leczonych insuliną w klinice budapeszteńskiej — uderza przedewszystkiem zwolna, ale stale narastająca liczba chorych, co zgadza się ze statystykami innych państw (do r. 1931). Równocześnie mimo stosowania insuliny wzrasta i procent śmiertelności, na co również zwrócił uwagę Drolet, przy układaniu statystyk amerykańskich. Z jego statystyki wynika nadto, że wzrost zachorowań dotyczy w równej mierze Żydów, nie-Żydów i Murzynów — mimo ogólnie przyjętego zapatrywania, że rasy kolorowe są mniej na to schorzenie odporne.

Co do wieku, to największy procent zachorowań przypadał między 51—60 r. życia. W ostatniem dziesięcioleciu spadła jedynie ilość przypadków w wieku młodym (do lat 30) i to wybitnie, osiągając 50%, w wieku średnim (od 31—50 lat) pozostała bez zmiany, w starszym (powyżej 50 lat) wzrosła około 35% (z 46.2 na 64.6%, co zgadza się ze statystykami amerykańskiemi).

Co do płci — to od r. 1921 zaznaczyła się przewaga kobiet. To można sobie tłumaczyć możnością poświęcenia więcej czasu na leczenie, co w wielkiej mierze odpada u mężczyzn pracujących. Że ciężka praca odgrywa tu pewną rolę, dowodzą statystyki amerykańskie, z których wynika, że od 1903 r. więcej kobiet zaczęło chorować na cukrzycę, t. j. od czasu w którym zaczęły spełniać zawody, będące do tej pory niejako przywilejem mężczyzn.

Specjalnie co do rasy żydowskiej — to cukrzyca (określana nawet jako *morbus judaicus)* dotyczyła Żydów w takim stosunku, że ogólna liczba zachorowań przewyższała poszczególne inne wyznania, natomiast była niższą od ich sumy globalnej. Ostatecznie rozdział chorych na poszczególne wyznania — w ostatniem dziesięcioleciu był mniejwięcej stały.

W 1/5 przypadków stwierdzono wpływy dziedziczności. Do 20 roku życia 17% wykazywał podkład dziedziczny, powyżej 20 r. życia około 21%. Przyczyna tego leży we wrodzonej mniejszej wartościowości gruczołów przewodu pokarmowego (trzustki) którą w życiu pozapłodowem ujawniać mogą różne czynniki.

Obciążenie dziedziczne w tym kierunku dotyczy przedewszystkiem Żydów (z 242 przypadków przypadło na Żydów 76.3%, reszta na inne wyznania).

Od czasu stosowania insuliny stwierdza się przedłużenia życia chorym na cukrzycę tak, że przeciętny wiek z 44.8 lat podniósł się na 54.2. Na 1142 przypadków zmarło na klinice budapeszteńskiej w okresie 10 lat 44 chorych, co stanowi 3.85%.

Z powikłań towarzyszących cukrzycy najczęstszem było stwardnienie naczyń z podwyższeniem ciśnienia krwi, natomiast przypadki powikłane gruźlicą w okresie 10 lat bardzo wybitnie zmalały.

W zakończeniu autorowie dochodzą do wniosku, że obok dziedziczności, rasy i inne czynniki odgrywają doniosłą rolę. Do nich należą szkodliwości związane z zawodem, pozycja społeczna, niepozwalająca na odpowiednie leczenie, ponadto liczne powikłania już w czasie trwania choroby, prowadzące ostatecznie do śmierci.

Ze względu na fakt, że wielu chorych, leczonych na klinice, wraca po pewnym czasie do niej spowrotem w znacznie gorszym stanie wskutek bardzo częstej niemożności dalszego odpowiedniego leczenia, opieka społeczna winna iść w kierunku jaknajwiększego umożliwienia ciągłej kontroli zdrowia u tych chorych. Taką zapewniają zakłady zamknięte i otwarte (przy klinice w Garz na wyspie Rugji, oddziały Joslina w Ameryce, stacja badań prze-

miany materji Lichtwitza, system Gottschalka w Szczecinie — zapewniający opiekę i kuchnię dietetyczną bezpłatną. Na Węgrzech mimo, że każdy ubogi otrzymuje insulinę bezpłatnie — opieka społeczna w szerszym zakresie — daleka jest jeszcze od doskonałości. Podobnie jak w walce społecznej z innemi chorobami, tak i tutaj potrzeba lekarzy-specjalistów, uświadomienia chorych, a przedewszystkiem odpowiednich funduszów.

St. Malczyński (Lwów).

O współczynnikach niedostrzegalnej straty wagi ciała i o jej wahaniach w zależności od rozmaitych warunków. H. KAHLER i R. SCHMIDT. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 28. Z. 1. Str. 67. 1935.

Perspiratio insensibilis (P. i.) — przewiew niewidoczny, prowadzący do niedostrzegalnych spadków wagi ciała, powstaje nietylko wskutek zmian w gospodarce wodnej (straty pary wodnej drogą płuc i skóry), ale łączy się ściśle także z przemianą gazową (oddechową), której miarą jest współczynnik oddechowy t. j. stosunek wydalonego CO_2, a wprowadzonego O_2 — drogą płuc ($CO_2 : O_2$), t. zw. *quotiens respiratorius.* Podczas gdy wiele prac zajmuje się zależnością P. i. od zmian w gospodarce wodnej, mało miejsca poświęcono związkowi, jaki zachodzi między P. i., a przemianą oddechową. Że związek taki istnieje, na to wskazują prace Benedicta, a z nowszych Gabriela i Kahlera, które stwierdziły, że współczynnik oddechowy nie pozostaje bez wpływu na niedostrzegalne straty wagi ciała i to na drodze przewiewu niewidocznego, zwłaszcza przy odpowiedniem pożywieniu. I tak po pokarmach białkowych P. i. w ciągu 24 godzin było o 200—400 g mniejsze, aniżeli po węglowodanach. Dotyczyło to ludzi chorych na serce. U zdrowych wahań w P. i. początkowo nie dało się ustalić. W obecnych doświadczeniach badani przez cały czas obserwacji po zjedzeniu odpowiedniego śniadania — pozostawali w pozycji siedzącej na czułej wadze. Badano wagę ciała przez okres trzech godzin. W pierwszych odstępach 10-minutowych wahania były bardzo nieznaczne, w granicach około 10 g.

W całym szeregu przypadków ludzi zdrowych, otyłych, jakoteż w daleko posuniętych schorzeniach serca (przypadki niewyrównania, wątroby zastoinowej) nie stwierdzono wybitnych wahań P. i. Wartości jego w przeciągu trzech godzin od posiłku mieszanego wahały się między 75—150 g. Także obserwacje z okresu jednogodzinnego nie wykazywały ani wybitnych spadków, ani przejściowego wzrastania wagi ciała, ani wreszcie stanu bez wahań tak, że rozpiętość P. i. w czasie 1 godz. wynosiła od 20—50 g co zgadza się z dawniejszemi spostrzeżeniami Benedicta, który dla tego samego czasu podawał wartości dla P. i. od 20—70 g.

Po śniadaniu tłuszczowo-białkowem P. i. waha się w granicach od 0—20 g; straty więc wagi ciała są bardzo nieznaczne i leżą w granicach wahań zwyczajnych. Natomiast po pożywieniu węglowodanowem sprawa przedstawia się inaczej; strata wagi ciała w przeciągu trzech godzin może uzyskać zdwojenie wartości, w porównaniu z pożywieniem tłuszczowem (P. i. = = 40—120 g). Po pożywieniu węglowodanowem wzrasta współczynnik oddechowy do 1, podczas gdy po tłuszczach, czy białkach obniża się do 0.7, a nawet może spaść niżej. Po węglowodanach następuje wzmożone wydzielanie wody przez płuca (przyspieszenie oddechów), częściowo także przez skórę.

To charakterystyczne zachowanie się P. i. w zależności od tłuszczów i węglowodanów występuje zarówno u ludzi zdrowych jak i chorych na serce, przyczem w daleko posuniętych schorzeniach serca — zaznacza się ono mniej wyraźnie.

Autorowie ponadto stwierdzili, że po alkoholu występuje wzrost P. i., zaznaczający się wyraźniej zwłaszcza u ludzi niepijących. W tych przypadkach w stratach wagi ciała współdziałają procesy szybszego oddawania wody zarówno przez płuca, jak i przez skórę (pot).

Po obciążeniu ustroju większą ilością płynu (próba Volharda) przeważnie stwierdza się tak u zdrowych, jak i chorych na serce, czy nerki — wzrost P. i., osiągający wartości od 110—170 g; jedynie u trzech chorych wzrost P. i. był mały 20—50 g. Były to jednak przypadki ze schorzeniami obwodowych naczyń *(arteriosclerosis, angiospasmus, endarteriitis obliterans)*, wobec czego przewiew niewidoczny napotykał na specjalnie trudne warunki. W tych przypadkach po zastosowaniu *dorylu* (prep. cholinowy) wartości P. i. nieco się podwyższyły, co należy odnieść do możności oddania większej ilości wody przez skórę wskutek rozszerzenia naczyń. Także po Salyrganie i Novuricie występował wzrost P. i. — niezależny od diurezy, czego narazie nie da się wytłumaczyć.

Ponieważ autorowie w żadnym z przypadków nie stwierdzili przyrostu ciężaru ciała, dlatego zdaniem ich hipoteza Z a k a, że woda może być wchłaniania przez płuca i skórę *(perspiratio insensibilis negativa)* wydaje się mało prawdopodobna.

St. Malczyński (Lwów).

Badania i uwagi dotyczące sprawy raka. HERMANN DRUCKREY. Kl. Woch. Nr. 12, 13. Str. 401—433. 1936.

Autor postanowił poddać krytyce dotychczasowe zapatrywania i po kolei rozpatruje teorje wygłoszone a dotyczące raka. Naprzód tedy obalić pragnie mniemanie, jakoby raki przeszczepione rosły wolniej, albo nie sprawiały przerzutów. Tworzą one taksamo przerzuty i przerzuty te mają te same chemiczne cechy, odznaczają się wzmożoną czynnością glikolityczną i wielką zdolnością rozkładu, który autor tłumaczy zanikaniem częściowem komórek raka. Procesy te, zarówno glikoliza jak rozpad są skutkami, a nie przyczyną raka. Zużycie tlenu jest mniejwięcej takie same, jak w innych tkankach, różni się tylko tem, że wskutek rozpadu maleje sprawa powrotnej syntezy. Charakteryzuje ten proces zresztą mniejsza wrażliwość na brak tlenu, niż ta, jaką w oddychaniu wątroby np. widzimy. Przypuszczalny wpływ zasadowości również nie jest usprawiedliwiony, bo nigdy krew nie zmieniła swego pH — a zakwaszenie jest znowu skutkiem rozpadu i tworzenia się kwasu mlekowego. Na tym wzmożonym rozkładzie tkanki rakowej polega reakcja Freunda-Kaminera i nie tyle surowica normalna rozpuszcza komórki rakowate, ale raczej jest zawsze autoliza, która przez produkty rozkładu a więc i przez komórki rakowate zostaje wstrzymana. Autor zaznacza dalej, że przez częściowe usunięcie nowotworu podnosi się odporność zwierzęcia prawdopodobnie nieswoiście. Autor uważa to wzmożenie odporności, za odczyn ustroju po każdej operacji. Wyjęcie śledziony na tę odporność nie wpływa, jak i karmienie szczurów śledzioną. Osobny rozdział poświęca autor sprawie dziedziczenia i uważa, że powstawanie nowotworów jest wynikiem „odmiany" *(mutatio).* Skłonność do tej „odmienności" może być dziedziczna, ale i nieusposobione dziedzicznie komórki „odmianie" podlegać mogą. Te rozważania każą autorowi odrzucić teorję Cohnheima, bo normalna komórka tej „odmienności" nie posiada. Zatem komórkę rakową charakteryzuje jej szczególna budowa i zdolność do „odmian" i wszelkie ciała, któreby komórkę uszkadzały, przyczynić się mogą do jej „odmienności". Szczególną uwagę poświęca autor rakowi piersi u myszy, który to rak związany jest tak dalece z płcią i „wchłonami" płciowemi *(Sexualinkrete)*, że można przez kastrację uchronić myszy od raka sutka, a u samca wywołać go przez zastrzykiwanie folikuliny, oczywiście tylko u tych gatunków, które przez liczne pokolenia rakiem sutka były szczepione. Podobnie działają niektóre ciała obce jak sadza, arszenik, anilina i t. d. Autor wnioskuje zatem, że rakowate zwyrodnienie jest zmianą nie do poprawienia w komórce i że taka komórka do normalnego stanu wrócić nie może. Można ją tylko usunąć lub uszkodzić. Wpływ hormonów czyli wchłonów nadaje się do dalszych badań.

W. Moraczewski (Lwów).

Przewlekłe niedocukrzenie. M. A. GOLDZIEHER. Endocrinology. 20, 86, 1936.

Na 2000 przypadków, przebadanych endokrynologicznie autor stwierdził w 112 przypadkach niski poziom cukru we krwi naczczo lub patologiczny przebieg krzywej glikemicznej po obciążeniu cukrem gronowym. Poziom cukru we krwi wahał się między 53 a 111 mg %, przeciętnie 80 mg %. Krzywa cukru we krwi po obciążeniu nie ma stałego charakteru, tak, że trudno kusić się o dobry podział. Autor rozróżnia 6 typów przebiegu krzywej glikemicznej: 1) niski poziom cukru we krwi naczczo a normalny przebieg krzywej glikemicznej, 2 i 3) niski poziom cukru we krwi a patologiczny przebieg krzywej glikemicznej t. j. słaby wzrost lub brak wzrostu krzywej i spadek poniżej poziomu pierwotnego, 4) normalny poziom cukru we krwi naczczo a patologiczny przebieg glikemiczny, 5 i 6) niski poziom cukru we krwi naczczo a cukrzycowy przebieg krzywej glikemicznej lub bardzo niski poziom cukru we krwi naczczo i również cukrzycowy przebieg krzywej glikemicznej.

Najczęstsze objawy kliniczne przewlekłego niedocukrzenia są: bóle brzuszne, wzmożony głód lub pożądanie węglowodanów, towarzyszące otłuszczenie, przyśpieszone tętno; również spostrzega się objawy padaczkowe, zaburzenia mowy lub zaburzenia jajnikowe.

Autor zwraca uwagę, że w patogenezie przewlekłego niedocukrzenia odgrywa rolę nietyle trzustka, ile obniżenie czynności przysadki mózgowej i tarczycy. Leczenie operacyjne niedocukrzenia drogą wycięcia częściowego trzustki jest wskazane tylko w przypadkach zmian anatomicznych (gruczolaki). W braku zmian anatomicznych wycięcie częściowe trzustki daje tylko przejściowe podwyższenie cukru we krwi.

Wł. Elmer (Lwów).

Witamina E a gruczoły płciowe. W. SAPHIR. Endocrinology. 20, 107. 1936.

Od czasu odkrycia przez Evansa witaminy E przypisuje się jej wielkie znaczenie w czynności gruczołów płciowych. Na podstawie swych badań autor dochodzi do wniosku, że witamina E

nie nadaje się do leczenia pierwotnej niepłodności (płci żeńskiej) ani poronienia nawykowego. Autor bowiem nie mógł wykazać u niedojrzałych lub wytrzebionych szczurów działania rujowego, gonadotropowego lub luteinizującego. *Wł. Elmer* (Lwów).

Odczyn Reid-Hunta a hormon tarczycozwrotny. H. WIESBADER. Endocrinology. 20, 100. 1936.

Prawidłowa krew nie daje dodatniego odczynu Reid-Hunta, który dopiero pojawia się po uprzedniem wstrzykiwaniu hormonu tarczycozwrotnego a także wyciągu moczu ciężarnych. Dodatni odczyn Reid-Hunta daje również krew ciężarnych.

Wł. Elmer (Lwów).

Karzełkowatość dokrewna. R. L. SCHAEFER. Endocrinology. 20, 64. 1936.

W przypadkach niedorozwoju przysadki, którym towarzyszą niekiedy objawy choroby Schlattera, Perthesa lub Kohlera, zaleca się leczenie hormonem wzrostowym, jeżeli szpara chrzęstna nasad kostnych jest utrzymana; w przeciwnym razie stosowanie tego hormonu może wieść do wytworzenia się akromegalji. Autor omawia wyniki kliniczne i laboratoryjne leczenia hormonem wzrostowym w 4 przypadkach niedorozwoju przysadki u dzieci z rodziny karłów. Pod wpływem leczenia, trwającego szereg miesięcy do kilku lat, w dawkach po 2—5 cm^3 hormonu wzrostowego, 2—3 razy tygodniowo, autor stwierdził wybitny wzrost i zwiększenie sprawności fizycznej. Rentgenologicznie stwierdza się dobre wysycenie kości, laboratoryjnie: wzrost fosforu we krwi przy niezmienionym poziomie wapnia, co daje odpowiedni stosunek Ca:P, lekki spadek kwasu moczowego i cukru we krwi, wzrost przemiany spoczynkowej, bez pojawienia się objawów toksycznych; swoisto-dynamiczne działanie białka raczej opadło (autor nie przywiązuje większej wagi do znaczenia rozpoznawczego oznaczania swoisto-dynamicznego działania białka). *Wł. Elmer* (Lwów).

Badania dysfunkcji jajnikowej. III. Przekwitanie. FULLER ALBRIGHT. Endocrinology. 20, 24. 1936.

Przekwitanie może wynikać albo z pierwotnej niedomogi jajników albo z pierwotnej niedomogi przedniego płatu przysadki mózgowej. Rozpoznanie różniczkowe uzyskuje się na podstawie badania hormonalnego moczu, mianowicie hormonu jajnikowego i gonadotropowego. Autor załącza odpowiednią tabelkę. Zaburzenia naczyniowe *(„hot flashes")* nie są następstwem braku czynności hormonu pęcherzykowego, lecz schorzenia przedniego płatu przysadki mózgowej, albowiem hormon pęcherzykowy znika w moczu po wytrzebieniu, zanim pojawiają się zaburzenia naczyniowe, a w okresie przekwitania nasycenie hormonem pęcherzykowym w ustroju podczas leczenia pojawia się wcześniej, niż znikanie objawów naczyniowych. Leczenie zmian naczyniowych w okresie przekwitania powinno polegać na przewlekłem stosowaniu stosunkowo niewielkich dawek hormonu pęcherzykowego, który hamuje wzmożone wydzielanie hormonu gonadotropowego.

Wł. Elmer (Lwów).

Działanie cieplostkowe wyciągów przedniego płata przysadki mózgowej u człowieka. W. O. THOMPSON, S. G. TAYLOR, P. K. THOMPSON, S. B. NADLER i L. F. W. DICKIE. Endocrinology. 20, 55. 1936.

Autorowie stosowali wyciągi Squibb (metoda Van Dyke i Wallen-Lawrence), Phyone (z pracowni Wilsona), bezbiałkowy Phyone i ogrzany Phyone u 59 chorych ze schorzeniami tarczycy i przysadki. Phyone stosowany doustnie, lub wstrzykiwany podskórnie po odbiałczeniu lub po ogrzaniu przetworu nie działał, pozostałe zaś przetwory powodowały wzrost przemiany spoczynkowej u chorych z umiarkowaną niedomogą tarczycy, u chorych z wolem zwyczajnym i toksycznym. Wól zwyczajny przemieniał się czasowo w wól toksyczny, wól zaś toksyczny wykazywał wzmożone nasilenie objawów chorobowych. Chorzy z ciężką niedomogą tarczycy nie reagowali na leczenie wyciągami przedniego płatu przysadki. Działanie wyciągów jest tylko czasowe.

Wł. Elmer (Lwów).

Znaczenie patogenetyczne alergji w zakażeniach. A. ZIRONI. I Quaderni dell'Allergia. Vol. 11. 1936.

Alergja nie jest czynnikiem obniżającym zdolności obronne ustroju — przeciwnie wzmaga je, dlatego w próbach uodpornienia należy dążyć do stworzenia stanu alergji, aczkolwiek czasami nadmierna wrażliwość nie jest pożądana. W rzadkich przypadkach zdarza się, że ustrój silnie odpowiada na zarazki i ich antygeny bez specjalnego uczulenia, jest to najwyższy, nabyty stan obronny ustroju. Nawet czasowe przystosowanie ustroju do określonych bodźców zewnętrznych jest wielką dla niego zdobyczą np. w dychawicy oskrzelowej. *Mester* (Kraków).

Badania pollinozy w Lombardji w ostatniem trzechleciu. P. SANGIORGGI. I Quaderni dell'Allergia. Vol. 11. 1936.

Autor stwierdził, że w pollinozie istnieje przeważnie wielouczuleniowość, a wyjątkowo tylko uczulenie na jeden czynnik, wtedy przejawia się ona raczej objawami skórnemi jak: obrzękiem Quincke'go, pokrzywką, wypryskiem, i inn. W większości jednak przypadków pollinoza wywoływała objawy ze strony przewodu oddechowego, a mianowicie: katar sienny w 70%, dychawicę oskrzelową w 15%, obie te sprawy jednocześnie w 7%, objawy skórne w 5%, oddechowe i skórne jednocześnie w 5%.

Mester (Kraków).

Dychawica oskrzelowa i leczenie jej eterem, wprowadzonym doodbytnicowo. G. COLOGNESE. I Quaderni dell'Allergia. Vol. 11. 1936.

Dotychczasowe stosowanie eteru w postaci wstrzykiwań domięśniowych, autor zmienił podając 3 cm^3 eteru w 7 cm^3 *ol. oliv.* doodbytnicowo w czasie ataku dychawicy oskrzelowej, z bardzo dobrym skutkiem. *Mester* (Kraków).

Znaczenie łańcuszkowców w etjologji ostrego gośćca stawowego według ostatnich badań. P. RAVENNA. Min. Med. Nr. 9. 1936.

Jakkolwiek częstą jest zbieżność między anginą, wywołaną przez łańcuszkowce a nawrotem ostrego gośćca stawowego, to etjologiczne znaczenie łańcuszkowców jest coraz mniej uznawane. Natomiast przyjmuje się istnienie swoistego zarazka ostrego gośćca stawowego. *Mester* (Kraków).

Doświadczalne zapalenie kłębkowe nerek. TH. FAHR. Klin. Woch. T. 15. Nr. 15. Str. 505. 1936.

Masugi w roku 1935 zapomocą surowicy kaczej, otrzymanej z kaczek, którym zastrzyknięto zawiesinę nerek króliczych potrafił wywołać u królików za każdym razem zapalenie kłębuszkowe nerek, które jak wiadomo, należało do rodzaju zapalenia niedającego się, ani drobnoustrojami zastrzykiwanemi dożylnie, ani innemi toksynami wywołać. Wszystkie podane wyżej sposoby, dawały zapalenie rozsiane, nietypowe i dawały je w nielicznych wypadkach. Surowica więc kaczki niejako „unerkowanej" króliczemi nerkami była tą toksyną, która niezawodnie na układ nabłonków nerkowych jako toksyna wpływała.

Th. Fahr powtórzył te doświadczenia i wykazał, badając wczesne i późniejsze stadja zapalenia, że zapalenie kłębuszkowe jest typowem zapaleniem z przekrwieniem, wysiękiem, bujaniem i zmianami nabłonków, że może się wyleczyć, albo prowadzić do zwyrodnienia, co z tego względu jest ważną zdobyczą, bo Volhard uważał zapalenie kłębuszkowe za skutek anemizacji nerek, za skutek skurczu naczyń końcowych nerki i t. d., co było w swoim czasie przedmiotem sporu pomiędzy tymi znakomitymi znawcami patologji nerek. *W. Moraczewski* (Lwów).

O działaniu męskiego hormonu płciowego androstiny przy podniesionem ciśnieniu u kobiet. H. MAYRHOFER. Wien. Med. Woch. 1935.

Jedna z teoryj powstawania nadciśnienia widzi przyczynę w zaburzeniach wydzielania wewnętrznego. Kerpolla u mężczyzn z nadciśnieniem zawsze stwierdzał małowartościowość gruczołów płciowych, z drugiej strony u kobiet w okresie przekwitania występuje również podniesione ciśnienie krwi. Zaczęto stosować odpowiednie preparaty, aby zmniejszyć ciśnienie krwi. Wielu autorów stosowało menformon, przyczem okazało się, że skutki działania tego preparatu były daleko lepsze u mężczyzn niż u kobiet. To dało impuls do wypróbowania androstiny w odpowiednich przypadkach tak u kobiet, jak i u mężczyzn. Skutek okazał się odwrotny, niż przy menformonie. Androstina o wiele wyraźniej obniżała ciśnienie krwi u kobiet, niż u mężczyzn.

Autor podaje dwa przypadki, gdzie stosowano androstinę przy podniesionem ciśnieniu. Jeden dotyczy 60-letniej kobiety, u której ciśnienie dochodziło do 220/120 mm Hg, drugi dotyczy kobiety 62-letniej, u której ciśnienie sięgało 250/120 mm Hg. W obydwu przypadkach podawano androstinę w zastrzykach; w pierwszym przypadku ciśnienie obniżyło się po dwóch tygodniach do 145/70 mm Hg, przykre objawy, towarzyszące nadciśnieniu również zniknęły. W drugim przypadku mniejwięcej po 14 dniach ciśnienie obniżyło się do 160/90—170/90 i na tej wysokości zostało, objawy towarzyszące zniknęły.

Obserwacyj takich przeprowadzono 13, 5 u mężczyzn i 8 u kobiet. U żadnego mężczyzny nie było takiego wpływu androstiny, jak u kobiet. U jednej tylko kobiety okazało się działanie słabsze. *F. Mikulska* (Warszawa).

Uproszczenie diet. BESSE. Nutrition. T. V. Nr. 4. 1935.

Z uwagi na ogólne zubożenie, autor wypowiada się za znacznem uproszczeniem diet w szpitalach, dieta powinna mieć jednolitą podstawę, od której mogą być stosowane drobne odchylenia, natomiast jakościowo i ilościowo powinna być ustalona. Następuje wyszczególnienie diet dla chorych na żołądek, jelita, nerki, wątrobę, schorzenia dróg żółciowych, cukrzycę, otyłość, dnę, gruźlicę i in., wszystkie te przepisy dietetyczne opierają się na wyżej wymienionych wytycznych. *Mester* (Kraków).

Względny brak witaminów w codziennem pożywieniu i w przepisach dietetycznych. H. MUELLER. Nutrition. T. V. Nr. 4. 1935.

Analizując przemiany, jakich doznają pokarmy przy sporządzaniu ich dla celów jadalnych, autor dochodzi do wniosku, że hipowitaminozy są częste w Szwajcarji, natomiast awitaminozy rzadkie. I tak na wiosnę często jest brak witaminy A i D a zwłaszcza B_1. Również w przepisach dietetycznych często spotyka się braki, dotyczące witaminy B_1 i C. *Mester* (Kraków).

Niedobór ilościowy (manja restrykcyj). P. GODARD. Nutrition. T. V. Nr. 4. 1935.

Autor zwraca uwagę na zbyt rygorystyczne przepisy dietetyczne zalecane chorym, które to braki mogą być przyczyną szeregu objawów chorobowych fizycznych i psychicznych.

Mester (Kraków).

Przyczynek do działania leczniczego surowicy przeciwtarczycowej w chorobie Flajani-Basedowa i w nadczynności tarczycy. T. GALLI. Min. Med. Nr. 4. 1936.

Autor podaje szereg przypadków choroby Fl.-B., wyleczonych surowicą, otrzymaną z koni, pozbawionych tarczycy, a podtrzymywanych przy życiu przez podawanie przetworów tarczycy. Surowica ta, wytwarzana przez laboratorjum Bruschettini charakteryzuje się tem, że nie jest rozcieńczona gliceryną, i przez to przedstawia wyższe stężenie, aniżeli inne tego rodzaju surowice. Poprawa przejawiała się obniżeniem przemiany podstawowej, narastaniem wagi ciała i t. d. Autor poleca tę surowice również w przypadku chudości pochodzenia tarczycowego.

Mester (Kraków).

Mikrobiologja i serologja.

Szczepienia przeciwbłonicze w Warszawie. E. GRODZKI, E. GRZEGORZEWSKI, J. JAKÓBKIEWICZOWA, W. MAZUREK i M. SZEYNMAN. Pod kierunkiem L. Hirszfelda i M. Łąckiego. Medycyna Doświadczalna i Społeczna. T. XX. Z. 1—2. 1935.

Sprawozdanie ze szczepień przeciwbłoniczych poprzedza krótki zarys historyczny błonicy i lecznictwa surowicą w Warszawie. Najważniejszą rolę w powstawaniu zachorowań na błonicę gra nosicielstwo, z którem walka jest niemożliwą, chociażby ze względu na znaczną ilość nosicieli. W ciągu roku prawie jedna trzecia część ludności miejskiej styka się z zarazkiem, tak, że każdy człowiek przez pewien czas jest nosicielem. Od roku 1926 wzrasta znowu ilość zachorowań na błonicę, jak również odsetek zgonów, a to szczególnie przez większą ilość przypadków jadzicowych.

Wskaźnikiem odporności po szczepieniu, może być tylko stwierdzenie zmniejszenia ilości zachorowań lub śmiertelności pod wpływem zakażenia. W Warszawie i Łodzi ilość zachorowań od czasu wprowadzenia szczepień spada, nie jest jednak mniejsza niż w roku 1929, zatem przed szczepieniem. Lwów, Kraków i Poznań tego spadku nie mają.

Szczepiono anatoksyną Ramona. W roku 1931/32 zaprzestano wykonywać odczyn Schicka przed szczepieniem. Zaszczepiono od roku 1930—1934 w Warszawie 130.875 dzieci. Porównanie ilości zachorowań u szczepionych i nieszczepionych wykazuje: największe różnice są u dzieci w wieku 7—10 lat, gdzie zapadalność jest duża, a zdolność do uodparniania znaczna. Zapadalność dzieci starszych nie przedstawia tych różnic zapewne dlatego, że są to dzieci, należące do typu o konstytucjonalnie wielkiej wrażliwości na błonicę, bo mimo serogenezy i zakażeń utajonych nie uodporniły się.

Zestawienia statystyczne wykazują czterokrotne zmniejszenie się zapadalności, a dziesięciokrotne śmiertelności u dzieci szczepionych. Spośród 164 przypadków zachorowań dzieci szczepionych, 3 zakończyły się zgonem. Jeden z nich był błonicą nosa powikłaną zapaleniem płuc. Dziecka tego w obliczeniach zatem nie uwzględniono.

Po dalszych rozważaniach nad opracowanym materjałem dochodzą autorowie do wniosku, że akcja szczepienia dzieci winna być rozszerzona. Uodpornienie wszystkich dzieci w Polsce wymagałoby 30 ton szczepionki, gdy tymczasem P. Z. H. nie może wyprodukować więcej niż 500—700 l. a koszta tejże wyniosłyby 1,200.000 zł. Wobec tego, że błonica szerzy się przedewszystkiem w miastach, należałoby tu przedewszystkiem rozpocząć akcję szczepienną. Za najbardziej wskazane uważają szczepienie skojarzone ze szczepieniem ospy. Pewne względy przemawiają jednak za wstrzymaniem się od uczynienia obowiązkowym takiego typu szczepień, chyba żeby powszechność szczepień była uzależniona od miejscowych warunków epidemicznych.

W zakończeniu podają plan organizacji szczepień.

M. Bilek (Kraków).

Szczepienia przeciwbłonicze w Wilnie. WŁ. PRAŻMOWSKI. Medycyna Doświadczalna i Społeczna. T. XX. Z. 1—2. 1935.

Autor rozpoczyna historją szczepień przeciwbłoniczych w Wilnie.

Szczepiono 11.020 dzieci. Odczyn Schicka sprawdzano przed i po szczepieniu. Z zestawień statystycznych autor wysnuwa wniosek, że odsetek dzieci uodpornionych na drodze szczepienia, a ujawniony badaniem na odczyn Schicka, jest na terenie Wilna znacznie niższy, niż podają statystyki innych środowisk. Odczyn Schicka ujemny może się zmienić na dodatni i to tłumaczy zapadalność wśród dzieci, które przy badaniu miały odczyn Schicka ujemny.

Zestawienia ilości zachorzeń szczepionych i nieszczepionych na błonicę wykazują, że wśród dzieci szczepionych w wieku 1—15 lat błonica wystąpiła 8 razy rzadziej niż wśród nieszczepionych. Odsetek śmiertelności większy był wśród szczepionych niż wśród nieszczepionych. Przyczynę tego wyniku omawia autor dokładniej. Jedno dziecko z tych zmarłych miało odczyn Schicka silnie dodatni przed szczepieniem, zachorowało w rok po trzykrotnem szczepieniu, zostało późno dostarczone do szpitala, przyczem było obarczone wrodzoną wadą serca. Drugie dziecko z odczynem Schicka przed szczepieniem również silnie dodatnim zachorowało w sześć miesięcy po jednorazowem szczepieniu. Trzecie dziecko również przed szczepieniem silnie oddziaływujące (+++), trzykrotnie szczepione zachorowało w 1½ roku po szczepieniu. Tu brak było momentów obciążających.

Zachorowania u dzieci nieszczepionych z odczynem Schicka ujemnym wystąpiły 16—17 razy rzadziej niż u dzieci nieszczepionych. Zgonów w tej grupie nie zanotowano.

Co do oceny wpływu szczepienia na złagodzenie samego przebiegu choroby, nie może się autor spowodu braku odpowiednich obserwacyj wypowiedzieć.

Zmniejszenia się zapadalności w okresie narastania ilości dzieci szczepionych, nie udało się stwierdzić, a nawet przeciwnie, w 1934 roku wystąpiło wybitne wzmożenie się epidemji błonicy. W roku 1932—33 zapadalność wynosiła 110—112 na 100.000, w roku 1934, 190 na 100.000.

Zaznacza, że w Wilnie nie zostały właśnie wyszczepione dzieci w wieku przedszkolnym, które są na błonicę najwrażliwsze

M. Bilek (Kraków).

Zagadnienie stałości typów w bakterjach błonicy. K. W. CLAUBERG, W. HELMREICH i R. W. VIERTHALER. Klin. Woch Nr. 7. 1936.

Wszystkie trzy typy kolonij błonicy *(gravis, intermedius, mitis)* w warunkach niekorzystnych dla wzrostu tych bakteryj ulegają rozpadowi tak, że możnaby myśleć o powstawaniu typów przejściowych, lub o zdolności przemiany jednego typu w drugi

Okazało się jednak, że te zmienione kolonje posiadają wiele własności wspólnych z typem wyjściowym, a po przeszczepieniu na podłoże agarowo-cystynowe (Clauberg, C. S. Platte) wracają do pierwotnego wyglądu.

Autorzy dochodzą do wniosku, że istnieje ścisła granica między trzema typami bakteryj błonicy.

Najlepszem podłożem dla zróżnicowania tych trzech typów jest cystynowa pożywka Clauberga.

Gutfreundówna (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Protokół posiedzenia Sekcji opieki nad matką i dzieckiem Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 23 października 1935 r.

Obecni: Członkowie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia i ich zastępcy: z Ministerstwa Opieki Społecznej: Dr. Jan Adamski, Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia, Dr. Bohdan Ostromęcki, Zastępca Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia; z Min. Spraw Wewnętrznych: inż. Zygmunt Rudolf, radca; ze Związku Powiatów R. P.: p. Franciszek Branny.

Członkowie kooptowani: Dr. Barański, Dr. Józef Lubczyński, Dr. J. Magnuszewska, Dr. Karol Mitkiewicz, wizytator higjeny szkolnej w Kuratorjum Warszawskiem, Dr. Henryk Palester, Naczelnik Wydziału w Min. Opieki Społecznej, Dr. Stanisław Popowski, Dr. Marja Skokowska-Rudolfowa, radca w Min. Opieki Społecznej, Dr. J. Rasiówna, Prof. Dr. Władysław Szenajch.

Na porządku dziennym: Projekt ustawy o opiece nad zdrowiem dziecka.

Przewodniczący Dr. J. Adamski, Dyrektor Departamentu.

Protokół prowadzi H. Rawicz-Szczerbo.

P. Dr. Skokowska-Rudolfowa, radca w Ministerstwie Opieki Społecznej, uzasadnia projekt wyżej wymienionej ustawy.

Ustawowe uregulowanie niektórych zagadnień opieki nad dzieckiem znajdujemy w następujących wielkich aktach ustawodawczych: 1) w ustawie o opiece społecznej, 2) w kodeksie karnym, 3) w kodeksie cywilnym.

Ustawa o opiece społecznej z dnia 16 sierpnia 1923 r. podaje określenie „opieki społecznej" oraz w art. 2 wyjaśnia, kogo opieka ta obejmuje, a więc (p.a) niemowlęta, dzieci i młodzież, zwłaszcza sieroty, półsieroty, dzieci zaniedbane, opuszczone, przestępcze oraz zagrożone przez wpływy złego otoczenia; (p. b) ochronę macierzyństwa. Jest zatem zupełnie jasne, że główny nacisk położono w ustawie, zupełnie zresztą słusznie, na roztoczenie opieki nad szczególnie upośledzonymi, a więc nad grupą stosunkowo nieliczną i mniej wartościową. Ponadto samo pojęcie „opieki społecznej" obejmuje dostarczanie (art. 3) a) koniecznych środków żywności, bielizny, odzieży i obuwia, b) odpowiedniego pomieszczenia z opałem i światłem, c) pomocy w nabyciu niezbędnych narzędzi pracy zawodowej, pomocy w dziedzinie higjeniczno-sanitarnej, d) pomocy w przywróceniu utraconej lub podniesieniu zmniejszonej zdolności do pracy. Prócz wyżej wymienionych za niezbędne potrzeby życiowe uważa się u dzieci starania o religijno-moralne, umysłowe i fizyczne ich wychowanie, u młodocianych — pomoc w przygotowaniu do pracy zawodowej.

Jak widać z powyższego, opieki nad zdrowiem w nowoczesnem rozumieniu — akcji zapobiegawczej — w ujęciu tem niema, nawet wyraz „zdrowie" nie został ani razu użyty.

W kierunku dostarczenia „opieki" w ścisłem rozumieniu tego wyrazu poszły rozporządzenia wykonawcze, jak szereg rozporządzeń o instytucjach i zakładach opiekuńczych, o opiekunach społecznych, komisjach opieki społecznej, o pogotowiach opiekuńczych, o pracy młodocianych i kobiet, o utrzymywaniu żłóbków w zakładach pracy, o opiece nad sierotami po inwalidach wojennych, o zakładach wychowawczo-poprawczych, o zwalczaniu handlu kobietami i dziećmi, wreszcie całe ustawodawstwo ubezpieczeniowe, obejmujące ubezpieczenie na wypadek macierzyństwa.

W całem tem ustawodawstwie są dwie części, dotyczące zdrowia: jedna, to rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego, wydane w porozumieniu z Ministrem Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego i Ministrem Opieki Społecznej o utworzeniu rady tymczasowej i komisyj do spraw kolonij letnich i kilku pism okólnych w przedmiocie kolonij, wreszcie rozporządzenie Ministra Zdrowia Publicznego o utworzeniu powiatowych komisyj do spraw higjeniczno-lekarskiej opieki nad dzieckiem.

Jest zatem zupełnie wyraźne, że w tej grupie przepisów niema aktu, który obejmowałby ochronę zdrowia największej grupy dzieci — dzieci normalnych, zdrowych, mających normalne warunki rodzinne. Niema aktu, który dawałby podstawę do całej akcji, która zyskała u nas popularność i z której jesteśmy dumni — akcji leczniczo-zapobiegawczej wśród matek, niemowląt i dzieci. Akcja ta jest prowadzona przez samorządy, T-wa społeczne, ubezpieczalnie i ta różnorodność, o ile w czasach „ustabilizowanych" może być pożyteczna, o tyle w chwilach załamań finansowych staje się niebezpieczna. Tak się stało teraz — szereg ubezpieczalni zamyka prowadzone przez siebie stacje opieki nad matką i dzieckiem albo, cofając zapomogi, przyczynia się do zamknięcia instytucyj samorządowych czy społecznych.

Opieka nad zdrowiem dziecka powinna objąć nietylko pieczę nad normalnym rozwojem fizycznym dziecka, ochronę przed chorobami, ale i ochronę przed wszelkiem uszkodzeniem — urazem fizycznym i moralnym. Dlatego zastanawiamy się nad krzywdą fizyczną (gwałt fizyczny), narkotyzowaniem, demoralizowaniem. Kodeks karny z dnia 11 lipca 1932 roku zawiera postanowienia (art. 246) o karalności przestępstwa przeciw nieletniemu: „kto znęca się fizycznie lub moralnie nad pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy osobą nieletnią poniżej lat 17 lub bezradną, podlega karze więzienia do lat 5"; ponadto artykuły 235 i 236 zawierają postanowienia karne w stosunku do osób, które spowodowały kalectwo, ciężką chorobę, uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, trwałe zniekształcenie lub zeszpecenie i t. p. Wreszcie kodeks cywilny zawiera przepisy o obowiązkach wzajemnych rodziców i dzieci, zresztą jak dla nieprawnika wygląda to zbyt idealnie, aby było dobrze. Osobiście nie znalazłam w rosyjskiem prawie cywilnem momentu, w którym widać byłoby troskę o ochronę przed zgubnemi wpływami otoczenia pod względem fizycznym i moralnym.

Zestawiając to, co było powiedziane, wyłania się potrzeba wydania takich przepisów, które czyniłyby obowiązującą opiekę nad zdrowiem dziecka. Jeśli pracujemy nad przepisami, mającemi na celu zwalczanie tych czy innych chorób, tem słuszniejsze jest opracowanie i wydanie ustawy, zapewniającej ochronę i normalny rozwój mas dziecięcych.

Takie ustawodawstwo istnieje gdzieindziej — Belgja, Anglja, Stany Zjednoczone; Sowiety mają odpowiednie przepisy, niektóre już oddawna istniejące, które zdały egzamin z przydatności.

Z pierwszych 6 artykułów projektu wynika, że opieka nad zdrowiem dziecka ma być opieką otwartą, że przewiduje się istnienie sieci przychodni dla niemowląt i dzieci, określony jest rodzaj opieki, udzielanej przez te przychodnie. Artykuły od 7 do 10 mówią o powołaniu do wykonania wymienionych zadań specjalnych ciał — komitetów: naczelnego, wojewódzkich i powiatowych (miejskich).

W akcji zapobiegawczej było dążenie do znalezienia takiej formy organizacyjnej, która umożliwiłaby udział wszystkich zainteresowanych czynników rządowych, samorządowych, społecznych i ubezpieczeń. Tworzenie komitetu, jako jednostki prawnej dla określonego celu, związanego z akcją zdrowotną, nieraz dało już wyniki dodatnie. Jako przykład możnaby przytoczyć szereg komitetów, utrzymujących ośrodki zdrowia, np. I Miejski Ośrodek w Warszawie, ośrodki w Krynicy i Tarnowie, komitet społeczny woj. kieleckiego, który doprowadził do skutku budowę prewentorjum w Rabsztynie i t. p.

Art. 11—14 ustalają skład funduszów. Należy podkreślić, że postanowienia projektu nie wprowadzają nowych obciążeń samorządów czy poszczególnego podatnika, istnieje raczej dążność do obciążenia Skarbu Państwa (p. 3 i 4). Najważniejsze byłoby sprowadzenie tych środków do jednego wspólnego zbiornika, z którego byłyby celowo wydatkowane. Art. 15 i 16 ustalają uprawnienia Ministra Opieki Społecznej w stosunku do projektowanej organizacji. Art. 17 do 19 są rozwinięciem i uzupełnieniem odpowiednich przepisów kodeksu karnego i prawa o wykroczeniach. Kara za rozpijanie dzieci nie istnieje wcale, za zmuszanie do żebrania jest bardzo łagodna — areszt do 1 miesiąca (art. 32 prawa o wykroczeniach z dn. 11. VII. 1932. Dz. U. Nr. 60, 1932). Art. 18 jest uzupełnieniem prawa o postępowaniu cywilnem, które mówi o utracie prawa do opieki nad dzieckiem, lecz nie mówi o ustaleniu opieki w przypadku nieustalenia takiej opieki przez sąd.

Art. 19 daje prawo komitetom występowania w roli oskarżyciela. Wiemy, jaka potworna krzywda dzieje się dziecku, dopóki nie wystąpią ze skargą sąsiedzi, szkoła, policja, i jak nieraz jest już zapóźno, bo dziecko jest okaleczone albo tak zmaltretowane fizycznie i moralnie, że się już to odrobić nie da.

Art. 20 ujednostajnia całą organizację. W obecnej chwili przychodnie dla matki i dziecka są utrzymywane przez samorządy, część — przez towarzystwa społeczne; z chwilą objęcia przychodni przez komitety każdy z tych czynników staje się udziałowcem z tem, że przyłączają się czynniki inne, co może jedynie odciążyć dotychczasowych właścicieli i dać mocniejsze podstawy finansowe i organizacyjne.

Zdajemy sobie sprawę, że ustawa o opiece nad zdrowiem dziecka dotyczy części wielkiego zagadnienia, że pozostają nierozwiązane zagadnienia właściwej opieki społecznej — zagadnienie dziecka nieślubnego, opieki otwartej (w rodzinie) i opieki zakładowej, dziecka-włóczęgi i dziecka żebrzącego, a także zagadnienie już ściśle ze zdrowiem związane — dziecko-kaleka i anormalne. Pozostaje do załatwienia mnóstwo spraw, których przedmiotem jest dziecko.

Projektodawcom chodziło o to, aby osiągnąć rozpowszechnienie sieci przychodni (stacyj), a z niemi lekarzy i pielęgniarek tak, aby każde dziecko mogło się znaleźć pod opieką.

Bo, jeśli w pewnej mierze została zorganizowana opieka nad niemowlęciem, jeśli w szkolnictwie średniem są lekarze szkolni, to dziecko w wieku od 2 do 4 lat jest poza nawiasem jakiejkolwiek opieki lekarskiej, dziecko w wieku przedszkolnym 4—6 lat ma tę opiekę tylko w przedszkolach uprzywilejowanych, dziecko w szkołach powszechnych wiejskich opieki lekarskiej nie ma. W najlepszym razie są organizowane przeglądy doraźne czystości ogólnej, stanu oczu i t. p., systematyczna opieka tworzy się dopiero w poszczególnych miejscowościach w oparciu o ośrodki zdrowia.

Jeśli ta ustawa przyczyni się do polepszenia stanu zdrowia dziecka i zmniejszy krzywdę, która mu się dzieje, to już spełni swoje zadanie.

Prof. Dr. Szenajch zabiera głos w sprawie tytułu projektu; tytuł nie odpowiada treści projektu, gdyż projekt traktuje przeważnie kwestję przychodni, jeżeli zaś projekt ustawy zgodnie z tytułem ma obejmować całokształt zagadnienia, to w projekcie tym pominięte są niektóre zagadnienia z dziedziny opieki nad zdrowiem dziecka.

Inż. Rudolf wyraża wątpliwości, czy w danym momencie wydanie projektowanej ustawy było wskazane, a to w związku z akcją oddłużeniową samorządów. Projekt powinien obejmować całokształt opieki nad dzieckiem, biorąc pod uwagę nawet zagadnienia urbanistyczne i ich rozwiązanie w przystosowaniu do zdrowia dziecka (zielone powierzchnie, ogródki Jordanowskie, dziecińce i t. p.).

Dr. Lubczyński uważa, iż projekt ustawy nie zawiera dostatecznie wyraźnego sprecyzowania zadań i celów.

P. Branny podkreśla, że w obecnej konstrukcji działanie ustawy nie dotrze do gmin wiejskich. W dobie akcji oddłużeniowej samorządy nie wezmą udziału w projektowanej akcji ze względu na brak środków. Z tego też względu wydanie tej ustawy należałoby odłożyć do czasu uregulowania ustawodawczego ustroju i obowiązków samorządów.

Przewodniczący zaznacza, że projekt, ujmujący zagadnienia opieki nad zdrowiem dziecka w sposób wszechstronny, mógłby napotkać duże trudności, w związku z tem w obecnym projekcie nastąpiło zwężenie zagadnienia tej opieki.

Prof. Dr. Szenajch zaznacza, że jeżeli projekt ustawy ma normować jedynie kwestję przychodni, należy zmienić organizację komitetów.

Dr. Lubczyński przypomina organizacje powiatowych komisyj opieki nad matką i dzieckiem, które faktycznie przestały istnieć i wyraża wątpliwość, czy organizacyj projektowanych komitetów nie spotka ten sam los.

P. Dr. Skokowska-Rudolfowa wyjaśnia, że ustawa ogarnia całokształt zagadnienia nad zdrowiem dziecka, poszczególne zaś fragmenty opieki nad dzieckiem należą bądź do ustawodawstwa cywilnego, bądź też uregulowane są ustawodawstwem samorządowem. Powołanie zaś aparatu do zorganizowania opieki nad 9-miljonową rzeszą dzieci jest warte trudu.

Dr. Popowski podkreśla, że pierwszem zadaniem jest akcja zapobiegawcza; później należy akcję tę powiązać z lecznictwem.

Mówca zaznacza, że byłoby pożądane wskazanie samorządom źródła pokrycia wydatków na prowadzenie projektowanej akcji.

Art. 17 nadaje się do umieszczenia w kodeksie karnym.

Dr. Barański znajduje, że projekt ustawy jest na obecne czasy kryzysowe za szeroko pomyślany. Przychodnie dla dzieci powinny być raczej rozbudowane w szkolnictwie, a ustawa powinna się raczej zająć kwestją niemowląt.

P. Branny podkreśla, że sprawy, poruszone w projekcie ustawy, zostały częściowo uregulowane ustawą o opiece społecznej i mogą być nadal rozporządzeniami, wydanemi na podstawie tej ramowej ustawy.

Wszelka opieka winna się oprzeć na samorządach, ale gminom trzeba przyznawać kredyty, aby gminy te mogły podołać ciążącym na nich obowiązkom.

Inż. Rudolf proponuje akcję opieki nad zdrowiem dziecka oprzeć na istniejących już ośrodkach zdrowia.

Dr. Magnuszewska podkreśla konieczność skoordynowania w organizacji centralnej wszystkich akcyj opieki nad dzieckiem, prowadzonej przez różne istniejące stowarzyszenia.

Dr. Skokowska-Rudolfowa zaznacza, że w porównaniu z projektem ustawy analogiczne ustawy zagraniczne nie są o wiele szerzej rozbudowane. Podstawą całej akcji będzie ustawodawstwo samorządowe, ale nie można uzależniać wydania projektowanej ustawy od zmiany ustawodawstwa samorządowego. Dotychczas brak jest związkom samorządowym organizacji i podstaw, aby mogły prowadzić całość akcji opieki nad zdrowiem dziecka.

Przewodniczący zapytuje, czy zebranie zamierza obradować nad projektem, czy też odłożyć dyskusję do czasu wprowadzenia w nim zasadniczych zmian.

Inż. Rudolf wypowiada się za zmianą tytułu ustawy i za przeprowadzeniem dyskusji na obecnem posiedzeniu.

Prof. Dr. Szenajch wypowiada się za odłożeniem dyskusji. Dr. Lubczyński proponuje omawianie tylko części projektu ustawy, dotyczącej poradni dla niemowląt.

Dr. Skokowska-Rudolfowa prosi o wskazówki, czy projekt ustawy ma być rozszerzony, czy też zwężony, zaznaczając, iż projekt wprowadza koordynację wysiłków i kredytów na akcję opieki nad zdrowiem dziecka.

P. Branny znajduje, że raczej należałoby zagadnienie rozszerzyć, ale dla tego trzeba mieć zebrany materjał cyfrowy, dotyczących przyszłych wydatków. W projekcie tym zainteresowane są Ministerstwa (oprócz Min. Opieki Społecznej): Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Spraw Wewnętrznych i Spraw Wojskowych oraz samorządy.

Inż. Rudolf stawia wniosek, ażeby Sekcja zwróciła się do Ministerstwa Opieki Społecznej o zaproszenie komisji międzyministerjalnej z udziałem samorządów dla omówienia, w jakiej mierze poszczególne ministerstwa wezmą udział finansowy i organizacyjny w akcji opieki nad zdrowiem dziecka.

Przewodniczący stwierdził brak sprzeciwu co do rzeczonego wniosku.

W związku z powyższem przystąpiono do szczegółowego rozważania projektu ustawy.

Do art. 1. Dr. Barański uważa, że niepotrzebnie jest wyszczególniona opieka nad dzieckiem w wieku szkolnym, gdyż wszelka opieka lekarska nad dzieckiem w wieku szkolnym winna być uskuteczniana przez szkołę.

Dr. Skokowska-Rudolfowa wskazuje, że przeszło 1/4 miljona dzieci korzystało z pomocy lekarskiej w ośrodkach zdrowia; pomoc w ośrodkach jest najtańszą, jak dotąd formą opieki lekarskiej.

Dr. Lubczyński proponuje dodać w art. 1 pkt. a wyrazy: „porodu i połogu".

Do art. 2. Inż. Rudolf proponuje raczej tworzenie ośrodków zdrowia i zakładanie przychodni dla dzieci przy ośrodkach.

Do art. 3. Dr. Barański jest przeciwny ścisłemu wyliczaniu zadań opieki.

Dr. Lubczyński proponuje w ust. 1 zamiast wyrazu „lekarskiej" dać wyraz „higjeniczno-lekarskiej".

Prof. Dr. Szenajch znajduje, że niektóre punkty (3, 4 i 5) nadają się raczej do rozporządzenia wykonawczego.

Dr. Skokowska-Rudolfowa proponuje zamiast pkt. 3 umieścić „badania bakterjologiczne".

Do art. 4. Dr. Barański przemawia za tem, by wiek niemowląt w przychodniach dla niemowląt nie przekraczał 2 lat, gdyż starsze dzieci ponad 2 lata będą zakażać niemowlęta.

Do art. 5. Dr. Popowski proponuje w związku z art. 3 wprowadzenie punktu o dożywianiu również niemowląt.

Do art. 6. Prof. Dr. Szenajch znajduje, że otwarcie przychodni powinno być uzależnione od zatwierdzenia władzy.

Dr. Lubczyński wskazuje, że poradnia dla niemowląt powinna współpracować z innemi poradniami z ośrodka zdrowia.

Dr. Kowalczewski podkreśla, że postanowienia art. 6 wynikają z rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych (Dz. U. R. P. Nr. 38, poz. 382).

Dr. Skokowska-Rudolfowa proponuje pozostawienie ust. 1 i skreślenie ust. 2 i 3.

Do art. 7. P. Branny uważa, że komitet powinien być powołany dla każdego powiatu i dla każdego wydzielonego miasta.

Dr. Barański zapytuje, w jakim stosunku komitet pozostaje do lekarza powiatowego.

Dr. Lubczyński zapytuje, kto powołuje komitet i jego skład.

Do art. 8. Dr. Barański proponuje dodanie punktu, głoszącego, że komitet prowadzi instytucje wzorcowe i zajmuje się kształceniem personelu dla instytucyj opieki nad zdrowiem dziecka.

Do art. 9. P. Branny porusza możliwości narzucenia przez komitety ciężarów na samorządy.

Inż. Rudolf proponuje dodać, że uchwały komitetów, dotyczące finansów, powinny być zatwierdzane przez właściwe władze. Nadzór władz właściwych winien być w stosunku do wszystkich komitetów jednolicie utrzymany.

Do art. 10. Inż. Rudolf porusza kwestję zakładania przychodni w miastach poniżej 10.000 mieszkańców.

Dr. Skokowska-Rudolfowa wyjaśnia, że stylizację tego punktu należałoby zmienić, gdyż przychodnia powinna przypadać na okręg, liczący 10.000 mieszkańców.

P. Branny podkreśla, że w ust. 3 uzależniono prowadzenie akcji przychodnianej od stanu finansowego samorządu, gdy tymczasem nigdzie ustawa nie nakłada wyraźnie obowiązków w tej dziedzinie na samorząd.

Dr. Skokowska-Rudolfowa wskazuje na postanowienia pkt. 5 tegoż artykułu.

Inż. Rudolf zaznacza, że naczelny komitet będzie miał za duży zakres pracy.

Do art. 11. P. Branny proponuje umieścić wpływ w wysokości $^{1}/_{2}$% również z Monopolu Spirytusowego.

Inż. Rudolf proponuje pociągnięcie do pokrywania kosztów wszystkich monopolów.

Do art. 12 i 13. P. Branny znajduje, że rozkład ciężarów finansowych nie może być przymusowy, lecz dobrowolny, zależny od uchwał władz zainteresowanych instytucyj.

Do art. 15. Inż. Rudolf podkreśla, że wydanie przewidzianych w tym artykule rozporządzeń winno nastąpić w drodze porozumienia z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych i samorządami.

Do art. 18. P. Branny wyraża wątpliwość co do wykonywania opieki nad małoletniemi przez naczelny komitet.

Do art. 19 i 20. Inż. Rudolf zwraca uwagę na konieczność porozumienia się z zainteresowanemi ministerstwami.

P. Branny przemawia za skreśleniem ust. 2 art. 20.

Na powyższem posiedzenie zakończono.

Przewodniczący: *Dr. J. Adamski.*
Sekretarz: *H. Rawicz-Szczerbo.*

Sprawozdanie z działalności Zarządu Związku Lekarzy Kas Chorych „Koło Kraków" za rok 1935.

Rok sprawozdawczy był okresem wprowadzenia w życie teoretycznych założeń sfer decydujących: wykonania w praktyce ustawy scaleniowej. Reorganizacja lecznictwa weszła na tory wprowadzania systemu lekarza domowego.

Dnia 18 marca 1935 r. uruchomiono w Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie 14, a do końca maja resztę rejonów lekarzy domowych. Dalszym etapem reorganizacji lecznictwa było zrejonowanie pedjatrów (1 września 1935) i wreszcie stomatologów (1 stycznia 1936). W związku z reorganizacją przyszły redukcje. Związek stanął wobec bardzo ciężkiego zadania obrony redukowanych kolegów; broniliśmy ich, interwenjując u Władz U. Sp. w Krakowie i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie przez Radę Lekarską, Izbę Lekarską w Krakowie i Naczelną. Niestety sprawa była najczęściej zgóry przesądzona, toteż tylko w kilku wypadkach udało nam się obronić kolegów. Obrona nasza była trudna; zmniejszone wpływy U. Sp. pociągnąć musiały za sobą oszczędności, przeprowadzone kosztem lecznictwa.

Często, mimo, że stoimy niewzruszenie na stanowisku zachowania ubezpieczenia chorobowego na dotychczasowym poziomie, nie mogliśmy z czynnikami administracyjnemi znaleźć wspólnego języka co do celowości redukcyj personalnych, które w rezultacie przynosiły nowe szkody i lecznictwu i Ubezpieczalni.

Nie udało nam się też obronić zasady, by zamiast redukcyj personalnych zastosować redukcje godzin. Żmudna i ciężka była praca Zarządu, walczącego ciągle o poszczególnych kolegów, niepewnych jutra, zagrożonych redukcją.

Równocześnie troską naszą było zapewnienie kolegom możliwych warunków materjalnych. Katastrofalnie przedstawiała się sytuacja lekarzy domowych, którzy objęli rejony, wynajęli mieszkania, dostosowali je do wielkiego ruchu chorych, przestroili dotychczasowy swój tryb życia, a pobierali nadal wynagrodzenia zaliczkowe za dwie godziny pracy. Dzięki bardzo energicznym wysiłkom udało się dnia 14 kwietnia 1935 r. zawrzeć umowę uzupełniającą, która stanowiła moment przełomowy w dotychczasowem wynagradzaniu lekarzy. Na podstawie bowiem obowiązującej umowy pobory lekarzy ulegały ciągłym wahaniom, zależnie od wpływów ze składek ubezpieczeniowych i wysokości ustalonego procentu. Umowa uzupełniająca w sprawie lekarza domowego wprowadziła pobory stałe, lecz zawiesiła dodatki za wysługę lat. Zdawaliśmy sobie sprawę, że jest to umowa przejściowa, mająca na celu umożliwienie bytowania kolegom, którzy zaczęli pracować na rejonach.

Z chwilą podpisania tej umowy troską Zarządu było polepszenie sytuacji materjalnej drugiej grupy kolegów t. j. specjalistów, którzy wynagradzani byli w dalszym ciągu zaliczkowo. Zwróciliśmy się zatem do władz U. Sp. z prośbą o podwyższenie procentu, przeznaczonego na wynagrodzenie lekarzy w roku 1935 i o wszczęcie pertraktacyj celem zapewnienia poborów stałych wszystkim kolegom, pracującym na terenie Ubezpieczalni.

Na tem samem stanowisku — oderwania się od procentu i ustalenia poborów — stanął Dr. Kunicki, nowomianowany lekarz naczelny U. Sp. w Krakowie.

Stanowisko to ułatwiło nam rokowania, które też zakończyliśmy 19. grudnia 1935 podpisaniem umowy, która gwarantuje wszystkim kolegom pobory stałe, ryczałtuje opłaty za wizyty u chorych i zabiegi oraz przywraca dodatki starszeństwa.

Dnia 20 grudnia 1935 r. zawarł Związek trzecią umowę, obejmującą kolegów stomatologów.

Wreszcie uważamy za stosowne zaznaczyć działalność naszą na terenie obrony lecznictwa specjalistycznego. Przeciwdziałaliśmy mianowicie projektom, dążącym do przerzucenia lecznictwa pedjatrycznego (dzieci od lat 7) na lekarzy domowych i dzięki naszym staraniom udało się utrzymać narazie lecznictwo pedjatryczne na terenie miasta Krakowa w dotychczasowym zakresie, w powiecie jednak zwinięto dwa rejony pedjatryczne.

Nie udało się nam natomiast utrzymać w dotychczasowej formie dyżuru lekarskiego mimo, że zwróciliśmy się do Władz Ubezpieczalni z propozycją objęcia dyżuru lekarskiego i prowadzenia go w Zarządzie Organizacji. Pertraktacje nasze z U. Sp. nie doprowadziły do celu, ponieważ Krakowskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe zawarło umowę na korzystniejszych dla U. Sp. warunkach materjalnych.

W roku sprawozdawczym odbyliśmy 3 nadzwyczajne walne zgromadzenia, 22 posiedzenia Zarządu. Przeprowadziliśmy wiele interwencyj we wszystkich instancjach Ubezpieczeń Społecznych, od lokalnych Władz U. Sp. aż do Ministerstwa Opieki Społecznej. Delegat nasz brał udział w rokowaniach o nowe „wytyczne" do umów z lekarzami.

Celem usprawnienia działalności Organizacji utworzyliśmy w łonie Koła pięć sekcyj a mianowicie: 1) lekarzy domowych, 2) specjalistów i szpitalnych, 3) pedjatrów, 4) stomatologów i 5) dyżurnych, które również odbyły liczne posiedzenia.

Koło nasze liczyło z początku 1935 r. 169 członków, w ciągu roku ubyło 39, z tej liczby 22 zredukowanych przez U. Sp., a 17, którzy opuścili dobrowolnie stanowiska w U. Sp., przybyło w ciągu roku członków 17. Obecnie Koło liczy 147 członków.

Na tem miejscu korzystamy ze sposobności, by pożegnać zwolnionych Kolegów i zachować w serdecznej pamięci dotychczasową owocną ich pracę na terenie U. Sp. i naszego Związku.

Wkońcu z żalem wspominamy o bolesnej stracie, jaką poniósł Związek przez śmierć bł. p. Dr. Eljasza Stahra, byłego członka naszego Zarządu, który na stanowisku Naczelnego Lekarza zaskarbił sobie wdzięczną pamięć Kolegów.

Mimo ciężkiej sytuacji finansowej naszych członków złożył Związek nasz następujące ofiary: Na Budowę Kopca Marszałka Piłsudskiego Zł 1.000. Na Tow. Przyjaciół Dzieci Zł 500. Na Pomoc Zimową dla Bezrobotnych Zł 350.

Skład Zarządu „Koła Kraków" w roku 1935.

Prezes: Dr. Gołąb Jan. Wiceprezes: Dr. Czapnicki Henryk. Sekretarze: Dr. Cikowski Stanisław, Dr. Swat Adam. Skarbnicy: Dr. Imich Stanisław, Dr. Spoczyńska Jadwiga.

Członkowie Zarządu: Dr. Kiełczewski Stanisław, Dr. Libman Edward, Dr. Marcyaniak Franciszek, Dr. Niewola-Staszkowski Jan, Dr. Rubinstein Dawid, Dr. Stępowski Bronisław.

Zastępcy Członków Zarządu: Dr. Liwszyc Stanisław, Dr. Nowosielski Włodzimierz.

Komisja Rewizyjna: Przewodniczący: Dr. Kosiński Mieczysław. Członkowie: Dr. Joffowa Gustawa, Dr. Karelus Kazimierz, Dr. Kon Maksymiljan, Dr. Podłęski Walenty, Dr. Ślączka Aleksander.

Zastępcy Członków: Dr. Oszast Zbigniew, Dr. Szczeklik Edward, Dr. Sztencel Władysław.

Dyrekcja Kasy Wzajemnej Pomocy: Dr. Ameisen Aleksander, Dr. Gołąb Jan, Dr. Leinkram Zygmunt.

Zastępcy: Dr. Biberstein Aleksander, Dr. Biernacki Henryk.

Delegaci na Walne Zgromadzenie Okręgu: Dr. Ameisen Aleksander, Dr. Bobak Antoni, Dr. Czapnicki Henryk, Dr. Gołąb Jan, Dr. Libman Edward, Dr. Merz Alfred, Dr. Niewola-Staszkowski Jan.

Zastępcy: Dr. Cikowski Stanisław, Dr. Dziuba Stanisław, Dr. Kiełczewski Stanisław, Dr. Szancenbach Jan.

Prezes: *Dr. Gołąb* mp.
Sekretarz: *Dr. Swat* mp.

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół XVI posiedzenia naukowego w dniu 17 czerwca 1935 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. Wacław Jasiński.

1. Przewodniczący zawiadamia zebranych, iż Bibljoteka Towarzystwa może być przekazana do depozytu Bibljoteki U. S. B. Następnie informuje zebranych o zamiarach połączenia sali dolnej z górnem pomieszczeniem, na co uzyskuje zgodę zebranych.

Uchwalony został wniosek Przewodniczącego o przeznaczeniu 500 zł na remont, związany z połączeniem obu tych lokali.

2. Prof. Dr. K. Pelczar i Stefan Murza-Murzicz *wygłaszają referat p. t.: O fosfotazach ustrojowych.* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabiera głos: Prof. Dr. Jasiński, Doc. Dr. Wąsowski i Dr. Makow.

3. Doc. Dr. Bagiński *wygłasza referat: Terapia sterilisans magna a układ siateczkowo-śródbłonkowy.* (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabiera głos Prof. Dr. Pelczar.

Prezes: *Prof. Dr. W. Jasiński.*
Sekretarz: *Dr. E. Gerlée.*

Protokół XVII posiedzenia naukowego z dnia 7 października 1935 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. Wacław Jasiński.

1. Prof. Dr. Michejda *wygłasza referat: Rozpoznanie ostrej niedrożności jelit.*

Referent na wstępie mówi o wysokiej śmiertelności spowodowanej niedrożnością jelitową, jako przyczynę podaje opóźnione rozpoznanie, które decyduje o losie chorego; decyduje nie zabieg, lecz wczesne rozpoznanie. Następnie referent wyczerpująco omawia objawy niedrożności, spośród których na czołowem miejscu jest ból i wymioty. Stawianie się jelit należy do objawów niestałych; objaw ten świadczy, że zapalenie otrzewnej jeszcze nie nastąpiło. Następnie referent wspomina o takich objawach, jak szmery jelitowe, napięcie powłok brzusznych. Omawia również znaczenie badania chorego przez odbytnicę i przy pomocy promieni rentgenowskich. Powyższe sposoby nie przynoszą zbyt wielkiej korzyści dla postawienia właściwego rozpoznania. Na zakończenie referent podkreśla, iż w dobie obecnej nie mamy nowych metod dla wczesnego rozpoznawania niedrożności. Dotychczas opieramy się na starych klasycznych objawach, które nie są dostatecznie oceniane.

2. Prof. Dr. Schilling-Siengalewicz *wygłasza referat p. t.: Znaczenie badań chemicznych w rozpoznawaniu ostrej niedrożności jelitowej.*

Referent zaznacza, że zatrucie, które zachodzi przy ostrej niedrożności jelit jest związane ze zmianami w przemianie wodnej, mineralnej i azotowej. Zmiany te polegają na anhydremji, hipochloremji, zmniejszeniu lub zwiększeniu ilości wapnia, powiększeniu ilości potasu i fosforu. Azotemja jest spowodowana rozpadem białka i niewydolnością nerek.

Następnie referent wspomina o zmianach w równowadze kwasowo-zasadowej najpierw w kierunku alkalozy, zaś w okresach agonalnych w kierunku kwasicy.

Dalej referent zastanawia się nad mechanizmem powstawania powyższych zmian, przytaczając poglądy autorów polskich i japońskich.

W dyskusji: Prof. Dr. Januszkiewicz zaznacza, że zgadza się w zupełności ze wszystkiem, co powiedział prof. Michejda. Podkreśla jednak, że życie podsuwa nam przypadki nieklasyczne. Różniczkowanie bywa jednak nieraz bardzo trudne. Przedewszystkiem należy brać pod uwagę kolkę nerkową, która daje częstokroć objawy podobne, jak i niedrożność jelitowa. Co do referatu Prof. Siengalewicza mówca zgadza się, że są to rzeczy bardzo interesujące, lecz zmiany te mogą występować również w innych cierpieniach, więc praktycznego znaczenia nie mają.

Dr. Zarcyn zapytuje, czy niemożność wydalania kału nie wpływa na powstawanie zatrucia ustroju? Następnie wspomina o trudnościach rozpoznawczych, które napotykamy przy zapaleniach otrzewnej, spowodowanych schorzeniem wyrostka robaczkowego i gdzie objawy ze strony wyrostka są pokryte objawami ze strony otrzewnej. Podkreśla również, że powinna istnieć współpraca pomiędzy chirurgiem a internistą.

Prof. Dr. Eiger zwraca uwagę na doniosłe znaczenie flory bakteryjnej jelitowej, która nieraz jest pożyteczna dla ustroju, nieraz zaś szkodliwa. Próby wytłumaczenia zatrucia jedynie jadem muszą podlegać krytyce; dla wytłumaczenia potajemnej toksykozy przy niedrożności jelitowej można dużo oczekiwać od badań krwi odpływającej z jelit, doświadczenia te należy przeprowadzać na zwierzętach.

Prof. Dr. Jakowicki podkreśla trudności rozpoznawcze niedrożności jelitowej u kobiet ciężarnych, zwłaszcza w okresie czynności porodowej i zwraca uwagę na wysoką śmiertelność w tym okresie.

Prof. Dr. Jasiński mówi o trudnościach rozpoznawczych u niemowląt, u których nie możemy korzystać z objawów podmiotowych. Badania chemiczne krwi u dzieci mają znaczenie zwłaszcza wtedy, gdy jest niedrożność jelit wysoko ustawiona. Badanie krwi daje również wskazówki co do stosowania roztworów soli dla uzupełnienia brakujących składników mineralnych.

Prof. Dr. Pelczar nawiązując do poruszonych przez Prof. Eigera badań Kleckiego mówi o trudnościach wysnuwania wniosków z badań flory jelitowej.

Prof. Dr. Michejda podkreśla propagandowy cel swego odczytu.

Prof. Dr. Siengalewicz zaznacza, iż w referacie swoim nie miał na względzie strony praktycznej. Badania chemiczne nie mogą być wskaźnikiem czasu dokonania zabiegu. Niezbędnem jest zdawać sobie sprawę, w jakim stanie zatrucia chory się znajduje.

Przewodniczący dziękuje prelegentom za wygłoszone referaty i wyraża przekonanie, że cel tych odczytów został całkowicie osiągnięty.

Prezes: *Prof. Dr. W. Jasiński.*
Sekretarz: *Dr. E. Gerlée.*

Protokół XVIII posiedzenia naukowego w dniu 21 października 1935 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr. Wacław Jasiński.

1. Dr. Schermann *demonstruje przypadek dobrotliwego nowotworu twarzy: neurofibroma faciei.*

Zdjęcie rentgenowskie czaszki tego chorego wykazuje powiększenie zarysów siodełka tureckiego.

W dyskusji: Prof. Dr. Rose zabierając głos podkreśla, że proces u tego chorego toczy się również w siodełku tureckiem, czego dowodzą widoczne na zdjęciu zmiany w obrębie siodełka tureckiego.

2. Dr. J. Borysowicz *wygłasza referat pod tytułem: Metodyka leczenia schizofrenji insuliną.* (Referat przeznaczony do druku).

3. Dr. J. Rose *wygłasza referat pod tytułem: Zawartość cukru we krwi u chorych leczonych insuliną.* (Referat przeznaczony do druku).

W dyskusji: Prof. Dr. Rose nawiązując do referatu Dr. Borysowicza uważa stosowanie insuliny w schizofrenji za leczenie heroiczne. Stany wstrząsowe wyglądają rozpaczliwie tak, że nie można doradzać choremu w prywatnej praktyce stosowania tej metody leczenia. Wstrząs zaś drgawkowy kryje w sobie niebezpieczeństwo życia, wobec czego w razie wystąpienia jego należy przerwać stosowanie insuliny. Rodziny chorych, mimo uprzedzania o niebezpieczeństwie stosowania tej metody, godzą się na leczenie insuliną. Tutejsza Klinika Chorób Nerwowych i Umysłowych, stosując tę metodę w 19 zastarzałych, rozpaczliwych przypadkach, uzyskiwała przebłyski poprawy. Obecnie leczy klinika 15 przypadków świeżych we wczesnym okresie rozwoju sprawy chorobowej. Powiedzieć można, że metoda ta w każdym razie coś daje.

4. Dr. Z. Bojarczykówna *wygłasza referat p. t.: Obraz komórkowy kory mózgowej u zwierząt domowych i dziko żyjących.*

W dyskusji: Dr. Kruszyński zapytuje prelegentkę, jak się przedstawia struktura komórek nerwowych pod względem cytologicznym i jednocześnie przytacza pracę Stankiewiczowej z roku 1934, w której autorka dowiodła, że komórki nerwowe wykazują stosunkowo dużą odporność na zmiany pośmiertne. Dopiero po 24 godzinach po śmierci można dojrzeć w preparatach mikroskopowych zmiany w wewnętrznej strukturze komórki.

Prof. Dr. Rose odpowiada, że prelegentka w pracy swojej nie zajmowała się cytologją komórki. Co się zaś tyczy kształtu komórek nerwowych, to ten zależny jest od czasu, w jakim tkanka mózgowa po zejściu śmiertelnem została utrwalona.

5. Prof. Dr. Rose *wygłosił referat p. t.: Zmiany psychiczne w wągrzycy mózgu* (referat przeznaczony do druku).

Przewodniczący Prof. Dr. Jasiński dziękuje Prof. Dr. Rose za zorganizowanie tak interesującego posiedzenia.

Część posiedzenia administracyjna.

Prof. Dr. Jasiński nawiązując do niejednokrotnie poruszanej sprawy lepszego zabezpieczenia księgozbioru Towarzystwa, komunikuje, że uzyskał zgodę J. M. Rektora Uniwersytetu na ulokowanie w charakterze depozytu Bibljoteki T-wa w pomieszczeniu Bibljoteki Uniwersytetu. Zostały uzgodnione z Dyrekcją Bibljoteki Uniwersyteckiej warunki tego zdeponowania, ułożono przypuszczalny kosztorys wydatków przewiezienia zbiorów. Zarząd T-wa wysuwa tu owe projekty, prosząc, aby Ogólne Zebranie przyjęło je.

Prof. Dr. Safarewicz jako sekretarz stały omawia poszczególne punkty projektu umowy pomiędzy Wil. Tow. Lekarskiem a Uniwersytetem co do zdeponowania księgozbioru T-wa i prosi o przyjęcie projektu. Zebranie przyjmuje projekt z jedyną poprawką co do punktu umowy, w którym mówi się o wydatkach na bibljotekę; na wniosek Prof. Dr. W. Jakowickiego przyjęto, że przy układaniu budżetu na rok następny Towarzystwo ma wstawiać na wydatki, związane z utrzymaniem zbiorów w porządku, ich katalogowaniem, inwentaryzowaniem przybywających przedmiotów oraz na koszty oprawy książek kwotę,

nieprzekraczającą 1/3 części sumy składek członkowskich, które wpłynęły w ciągu roku.

Następnie Prof. Dr. Safarewicz komunikuje o wydatkach na przeniesienie zbiorów; łącznie z ich uporządkowaniem w nowem pomieszczeniu wydatki te nie przekroczą 650 zł.

Ponieważ w chwili obecnej kasa Towarzystwa gotówki prawie nie posiada, a składki członkowskie napływać będą powoli, chodziłoby o zapewnienie T-wu sum obrotowych. Towarzystwo posiada listy zastawne Wil. Banku Ziemskiego nominalnej wartości 10.000 zł. Kurs giełdowy tych papierów, przynoszących $4^1/_2$% dochodu, jest b. niski, sprzedawać przeto ich nie można; można natomiast pod ich zastaw uzyskać potrzebne sumy obrotowe do wysokości np. 1.000 zł. K. K. O. m. Wilna zgadza się otworzyć Towarzystwu rachunek onkolowy na $8^1/_2$% z pobraniem kosztów admin. 1/8% kwartalnie. Towarzystwo na kwoty lokowane otrzymywałoby $4^3/_4$%. Maksymalny wydatek roczny w przypadku, gdyby Towarzystwo korzystało z pożyczki 1000 zł, nie spłacałoby jej i nie lokowało żadnych sum na swój rachunek, wynosiłby 90 zł. Ponieważ jednak składki i zaległości będą napływały, wysokość pożyczki będzie mniejsza, a przeto i wydatek również będzie mniejszy. Projekt onkolowego rachunku zebranie przyjęło.

Prezes: *Prof. Dr. W. Jasiński.*
Sekretarz: *Dr. E. Gerlée.*

Protokół XIX posiedzenia wspólnie z Wil. Kołem Tow. Internistów Polskich w dniu 28 października 1935.
Przewodniczy: Prof. Jasiński przy udziale Prof. Januszkiewicza.

1. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia.

2. Dr. Burak i Dr. Churg: *Wartość kliniczna IV i V odprowadzenia w badaniu elektrokardjograficznem.*

Prelegenci przedstawiają wyniki swej pracy nad znaczeniem klinicznem IV i V odprowadzenia. Odprowadzenia te służą do rejestracji prądów rozchodzących się w płaszczyźnie strzałkowej, zapomocą elektrod, umieszczonych w okolicy serca oraz na klatce piersiowej od tyłu, lub na kończynie dolnej lewej. Zapomocą opracowanej techniki można było otrzymać u osobników zdrowych jednolity obraz Ekg w odprowadzeniu IV i V. W przypadkach uszkodzenia mięśnia sercowego otrzymano w obrazie Ekg w IV i V odpowiednie zmiany patologiczne, nawet wtedy, gdy wynik badania w odprowadzeniach zwykłych był ujemny lub wątpliwy.

W dyskusji: Prof. Eiger zaznacza, że przed 30 laty wspólnie z Cybulskim na Zjeździe Chirurgów w Warszawie przedstawił elektrokardjogram w ujęciu różnorodnem. Odczyt Dr. Buraka, stanowiący dalszy ciąg pracy kliniki Prof. Januszkiewicza nasuwa dużo korzystnych uwag, które zamierza wypowiedzieć w odczycie swym pod tytułem 30-lecie elektrokardjografji teoretycznej i klinicznej na jednem z najbliższych posiedzeń Towarzystwa. Elektrokardjogram, jaki otrzymujemy na taśmie składa się z dekstro i lewogramu. Dążeniem badaczy jest rozłożenie tej sumy na składniki częściowe, wyrazem czego jest poszukiwanie nowych odprowadzeń. Praca Dr. Buraka i Dr. Churga jest krokiem naprzód w rozwoju elektrokardjografji klinicznej.

3. Dr. Perewozski: *O złośliwem zwyrodnieniu wrzodu okrągłego żołądka na podstawie materjału Kliniki Wewnętrznej za lata 1924—1934.*

Dane statystyczne, dotyczące zagadnienia, jak często wrzód żołądka przeistacza się w raka, są rozbieżne. Autorzy podają różne liczby: Payer 26%, Kuettner 31%, Jedlicka 20%, Mac Carty 68% i Konjetzny 3—5%. Histopatologiczne rozpoznanie wrzodu rakowatego jest bardzo trudne. Również mikroskopowa ocena rozpoczynającego się zwyrodnienia wrzodu na stole operacyjnym nie jest pewna. Klinika Wewnętrzna opiera swoje rozpoznanie *ulcus carcinomatosum* na następujących danych: długi wywiad wrzodowy, zmiana skarg chorego, zmiana charakteru bólów, zmniejszenie kwasoty treści, stale utrzymujące się krwawienia, dodatni wynik próby Gluzińskiego i odczyn Biernackiego. Największe usługi w rozpoznawaniu wrzodu rakowatego oddaje Roentgen, zwłaszcza zdjęcia upatrzone.

Materjał obserwowany w Klinice Wewnętrznej dotyczy 204 przypadków raka żołądka i 211 przypadków wrzodu żołądka, bez uwzględnienia wrzodów okrągłych pozaodźwiernikowych i wrzodów dwunastnicy. Na tym materjale dało się stwierdzić prawdopodobne zwyrodnienie rakowe wrzodu lub też prawdopodobne pochodzenie wrzodowe raka zaledwie w 2%.

Tylko dłuższa obserwacja chorego, jak również ścisła współpraca Kliniki Wewnętrznej, Chirurgicznej i Zakładu Anatomji Patologicznej mogą dać pewne dane co do częstości występowania *ulcus carcinomatosum* i rozstrzygnąć całokształt zagadnień z tem zjawiskiem związanych.

W dyskusji: Prof. Michejda zaznacza, że kryterja, które prelegent brał za podstawę do oceny zagadnienia, poruszanego w wykładzie nie są dość ścisłe. Nie czyni prelegentowi zarzutu z tego powodu, że jedynem kryterjum, któreby mogło uchodzić za pewne, byłyby badania histologiczne, przeprowadzone w różnych czasach u tego samego chorego. A jak trudno jest przeprowadzić takie badanie, tego dowodzą przypadki kliniczne, obserwowane przez prof. Michejdę, a budzące podejrzenia, że u nich właśnie zachodziło zjawisko złośliwego zwyrodnienia wrzodu. Prof. Michejda wyraża zdziwienie, że statystyka prelegenta podaje ilość wrzodów żołądka w klinice prawie równą ilości raków. Podkreśla znaczenie wywiadu, charakteryzując wywiad wrzodowy jako długi, podczas gdy rakowy jest krótki. Na podstawie własnego doświadczenia uważa, że zjawisko złośliwego zwyrodnienia wrzodu jest istotnie bardzo rzadkie.

Prof. A. Januszkiewicz *w odpowiedzi* Prof. Michejdzie zaznacza, że Dr. Perewozski obliczał wrzody umiejscowione tylko w granicach trzonu żołądka i odźwiernika; gdyby obliczał wszystkie wrzody żołądka i dwunastnicy, spostrzegane w Klinice, to miałby około 800 wrzodów na 200 raków. Co do wartości „krótkiego wywiadu" dla rozpoznania raka żołądka, to wywiad wrzodowy może być od rakowego jeszcze krótszy, gdy jako pierwotne objawy występuje krwotok lub przebicie. Moment zwyrodnienia jest trudno uchwytny w pewnym okresie, jeżeli go mamy opierać tylko na zmianach w kwasowości treści. Należy w dalszym ciągu doszukiwać się nowych cech, któreby ułatwiły rozpoznawanie chwili rozpoczynającego się zwyrodnienia. Doświadczenie kliniczne poucza, że rola badania rentgenologicznego jest i w tej dziedzinie wielce cenną.

4. Dr. St. Januszkiewicz: *Sprawozdanie z podróży naukowej do Paryża. Rentgenoterapja nowotworów złośliwych.*

Prelegent odczytuje sprawozdanie z 6-miesięcznego pobytu w Zakładzie Rentgeno-Terapeutycznym Dr. Coutarda (Zakład Rentgenoterapji Instytutu Radowego w Paryżu). Zasadami przewodniemi, kierującemi leczeniem napromienianiem są: 1) oszczędzanie tkanek stanowiących podłoże, tkanki łącznej przedewszystkiem, 2) oszczędzanie powłok, 3) oszczędzanie stanu ogólnego chorego, 4) wyeliminowanie chorych, co do których istnieje pewność nieskuteczności leczenia, 5) nowa i trudna do przeprowadzenia zasada rozkładania dawki zależna od okresów różnej wrażliwości guza, 6) staranna technika, umożliwiająca osiągnięcie dostatecznej dawki głębokiej. Rozwinięcie powyższych zasad doprowadza do wniosku, że tylko dobre poznanie odczynów miejscowych i ogólnych umożliwia zadośćuczynienie im, gdyż wszelka szematyzacja, jak w innych specjalnościach lekarskich nie może dać wyników zadowalających.

W dyskusji: Dr. Wolkowyski zapytuje, jak wytłumaczyć zmniejszanie się powiększonych pobliskich węzłów chłonnych po naświetlaniu tylko ogniska macierzystego; wyłączanie niektórych chorych, którzy mogą nie nadawać się do zabiegu operacyjnego, pozbawia lekarza możności leczenia ich. Czy więc chorych, nienadających się do zabiegu operacyjnego, należy pozbawiać możności leczenia naświetlaniem promieniami Roentgena. Wobec klinicznego traktowania leczenia promieniami Roentgena wypływa konieczność stosowania metod badania (np. ginekologicznego, otolaryngologicznego) przez rentgenologa. Jak rozwiązano te kwestje na Oddziale Dr. Coutarda?

W dyskusji: Prof. Pelczar zaznacza, że wyniki leczenia promieniami Roentgena często zawodzą, co zależy od rodzaju odczynu ustroju. O ile guz pierwotny często pod wpływem tego rodzaju leczenia nie cofa się, to jakże często guzy wtórne cofają się. Prof. Pelczar w latach 1918—1920 obserwował w Zakładzie Curie wpływ na wszczepianie nowotworów. Nieraz obserwowano, że cząstki nowotworów, wszczepiane w skórę naświetlaną uprzednio promieniami Roentgena rosły szybciej, niż wszczepiane w skórę nienaświetlaną. Zbyt silna dawka promieni Roentgena może wzmóc przerzuty. Rozległość przerzutów świadczy o osłabieniu odporności ogólnej. Rego mówi, że stosując leczenie winniśmy liczyć się zarówno z odczynem miejscowym jak i ogólnym. Gdyby udało się zbadać, od czego zależą odczyny ustroju przy stosowaniu leczenia promieniami Roentgena, dałoby się osiągnąć lepsze wyniki, niż dotychczas.

Dr. Januszkiewicz *w odpowiedzi* zaznacza, że zmniejszanie się węzłów chłonnych zmienionych nowotworowo pod wpływem napromieniania ogniska pierwotnego zależy zapewne od zwiększenia się odporności ustroju. Zjawisko to było obserwowane niejednokrotnie. Większość chorych, trafiających do pracowni rentgenoterapeutycznej, są to przypadki nienadające się do zabiegu. Należy spośród nich wyłączyć tylko tych, co do których zgóry istnieje przeświadczenie, że im napromienianie przynieść może tylko szkodę. Rentgenolog, chcąc klinicznie traktować te-

rapję, musi znać metody badania poszczególnych specjalności. Dr. Coutard wyspecjalizował się w leczeniu nowotworów złośliwych zakresu otolaryngologicznego, jego asystent Dr. Baclesie był specjalistą w zakresie nowotworów kobiecych.

Sekretarz: *Dr. E. Gerlée.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Dr. Józef Plecity, dyrektor Szpitala w Dolinie, zmarł w Wiedniu w wieku 40 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

XIII posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 1 maja 1936. Porządek dzienny: 1) Kol. Ostrowski Tadeusz: Przypadek rozstrzeni oskrzeli leczony wycięciem płatu płucnego (demonstr.). 2) Kol. Chodowicki Józef: O glutationie i jego stosunkach ilościowych we krwi chorych na gruźlicę płuc (wykład). 3) Kol. Rychłowski: Rad w zastosowaniu leczniczem nowotworów złośliwych (wykład).

Posiedzenie naukowe Polskiego Tow. Oto-Laryngologicznego odbyło się dnia 30 kwietnia 1936 r. Porządek dzienny: 1. Demonstracje chorych: a) dr. Mościskierówna: Rzadka postać rhotacismus. b) dr. Karbowski i dr. Flaumenbaum: Przypadek raka ucha środkowego u 5-letniego chłopca. c) dr. Karbowski i dr. Jabłoński: Przypadek kilaka podstawy czaszki z ropnem powikłaniem narządu słuchowego. d) dr. Tencer: Przypadek raka tchawicy, z przerzutami do płuc, obserwowany w ciągu 3 lat. e) dr. Karbowski i dr. Herman: Krwiak zrazu skroniowego nieustalonego pochodzenia. f) dr. Weinkiper: Przypadek zapalenia głębokich gruczołów szyi i ropnia boczno-gardłowego u dorosłego osobnika. g) dr. Tencer i dr. Mesz: Przypadek mięsaka migdałka, leczony promieniami Roentgena. 2. Odczytanie protokółu poprzedniego posiedzenia. 3. Wolne wnioski.

Zrzeszenie lekarzy szpitalnych w Paryżu urządza w czasie od 20—30 maja b. r. dokształcający kurs z zakresu chorób naczyń krwionośnych. Opłata wynosi 250 fr. Wpisy na kurs przyjmuje Wydział Lekarski w Paryżu i Dr. Facquet, Hopital Tenon, 4, rue de la Chine.

Międzynarodowy Kongres Lekarzy Sportowych odbędzie się w Berlinie w czasie od 27—31 lipca b. r.

Różne.

Z kraju.

W listopadzie ub. r. został otwarty w Warszawie Instytut Chirurgji Urazowej, który mieści w sobie ambulatorjum, szpital i specjalny oddział neurochirurgji. Instytut obejmuje w leczenie obok wojskowych, także osoby cywilne.

Jugosławja.

W Paryżu jeden lekarz przypada na 800 mieszkańców; w Belgradzie jeden na 300, natomiast na wsi jeden przypada na 2.850 mieszkańców, kiedy w Anglji znajdujemy stosunek 1:822, w Austrji 1:766, we Francji 1:1509. Podobnie nierówny podział zachodzi w rozmieszczeniu szpitali. W powiatach Drava 1 lekarz szpitalny przypada na 9.000 mieszkańców, natomiast w Vrbas jeden na 76.900. Szpitali posiada Jugosławja 66 z 23.500 łóżek.

Węgry.

W dzielnicach pozamiejskich na Węgrzech rak przypada w 103 wypadkach na 100.00, a w stolicy 150 na 100.000. Szwajcarja i Holandja mają wysoką śmiertelność spowodu raka, Hiszpanja, Rumunja i kraje bałkańskie małą; Bukareszt ma najmniejszą, Genewa i Monachjum najwyższą, bo 370 na 100.000. Najczęściej ulegają schorzeniu przewód pokarmowy i pęcherzyk żółciowy. Narządy rodne kobiece podlegają rakowi 6 razy częściej niż narządy płciowe męskie. Pomimo tej częstości ilość leczonych raków i wyleczeń na Węgrzech wzrasta.

Anglja.

Na posiedzeniu Towarzystwa Przeciwgruźliczego w Londynie wygłoszono referat p. t.: „Uprzemysłowienie i gruźlica". Według danych prelegenta, dr. Heffernau'a, jednym z najbardziej niebezpiecznych gatunków pyłu, występujących w przemyśle, który przyczynia się do rozpowszechnienia gruźlicy, jest pył kwarcowy (piaskowy). Pracujący w atmosferze zanieczyszczonej pyłem kwarcowym (górnicy, kamieniarze i inni) wykazują 10-krotnie wyższą umieralność na gruźlicę, niż ogół ludności.

Ameryka.

Śmiertelność spowodowana nadużyciem wyskoku zależna jest od obowiązujących przepisów. W latach 1913—1915 nie przekraczała przeciętnej liczby lat poprzednich. W 1916—1917 r. dzięki dobrobytowi wzmogła się znacznie. W czasie od r. 1917—1919 Ameryka stała się wstrzemięźliwą i śmiertelność spadła znacznie, a w r. 1920 prohibicja wywołała nowy znaczny spadek. Tak trwało aż do r. 1923, kiedyto ożywiła się silniej działalność „bootlegerów" a z nią wzrosła śmiertelność. Zniesienie prawa przeciwalkoholowego wywołało ogromny wzrost śmiertelności, do której doliczyć trzeba wypadki automobilowe i inne wywołane nietrzeźwością.

Komunikaty.

Komitet Organizacyjny Komisji Polskiego Towarzystwa Mikrobiologów i Epidemjologów do badań nad beztlenowcami w składzie J. Celarka, L. Hirszfelda, A. Ławrynowicza, L. Owczarewicza, S. Saskiego, Z. Szymanowskiego zwraca się do lekarzy klinik i szpitali na terenie Rzeczypospolitej, zwłaszcza do chirurgów i ginekologów, z prośbą o przesyłanie do badania bakterjologicznego materjału, pochodzącego z przypadków zgorzeli gazowej. Zbadanie tego materjału posiada duże znaczenie praktyczne ze względu na konieczność zorjentowania się w etjologji zgorzeli gazowej na ziemiach polskich i sporządzania surowic leczniczych. Wykonywania tych badań podjęły się następujące pracownie: 1) Centrum Wyszkolenia Sanitarnego, Pracownia Bakterjologiczna. Warszawa, Górnośląska Nr. 45. Płk. Dr. Leon Owczarewicz. 2) Państwowy Zakład Higjeny — Dział produkcji surowic i szczepionek. Warszawa, Chocimska Nr. 24, Dr. J. Celarek. 3) Miejski Instytut Higjeny m. st. Warszawy. Nowogrodzka Nr. 82. Dr. A. Ławrynowicz.

Sprostowanie.

W Nr. 13, 14 i 17. 1936 r. P. G. L. pod referatami w rubryce „Przegląd piśmiennictwa" na str. 248, 266, 324 mylnie wydrukowano nazwisko J. Bader.

Redakcja otrzymała.

H. Roger i J. Olmez: Les syndromes neuro-hématiques. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1936. Cena 32 fr.

A. Policard: Six conférences d'histophysiologie normale et pathologique. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1935. Cena 15 fr.

Nouvelle pratique dermatologique. T. IV. Wyd. Masson et Cie. Paryż 1936. Cena 300 fr.

J. Bujalski: Rzut oka na stan i działalność zakładów leczniczych państwowych, komunalnych, społecznych i prywatnych na podstawie sprawozdań za rok 1934—1935. Nakł. Wydawn. „Lekarz Polski". Warszawa 1936.

W. Gaehtgens i H. Schulten: Was muss der praktische Arzt von der Serologie wissen? (Klinische Lehrkurse der Münch. Med. Woch. T. 14). Wyd. J. F. Lehmann. Monachjum 1936. Cena 1,35 RM.

Wissenschaftliche Festschrift zum 50 Geburtstage des Herrn Dr. med. et phil. Joseph Heinkold, Chefarzt der Priessnitz'schen Kuranstalten Gräfenberg. Druk. R. M. Rohrer w Brünn 1936.

H. Runge: Blutung und Fluor. Wyd. Th. Steinkopff. Drezno-Lipsk. 1936. Cena 7 RM.

Deuxième Congrès Annuel des Médecins Electroradiologistes de Langue Française Bruxelles: 30. VII. — 3. VIII. 1935. Comptes Rendus. Wyd. przez „Journal de Radiologie".

Wł. Elmer: Fizjologja i patologja przemiany jodu. Wyd. przez Pol. Ak. Um. (Rozprawy Wydz. Lek. Serja I. T. 3). Kraków 1936.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł. 12.—

zagranicą . . . . zł. 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.